



ZEITSCHRIFT
FÜR
MEDIZINALBEAMTE

Zentralblatt

für das gesamte Gebiet der gerichtlichen Medizin und Psychiatrie, des staatlichen und privaten Versicherungswesens, sowie für das Medizinal- und öffentliche Gesundheitswesen, einschließlich der prakt. u. sozialen Hygiene.

Herausgegeben
von

Prof. Dr. Otto Rapmund
Geh. Med.-Rat in Bad Lippspringe.

Offizielles Organ des Deutschen, Preussischen, Bayerischen, Sächsischen, Württembergischen, Badischen, Hessischen, Mecklenburgischen, Thüringischen und Braunschweigischen Medizinalbeamtenvereins.

XXXIV. Jahrgang. 1921.

VERLAG VON FISCHER'S MEDIZIN. BUCHHANDLUNG H. KORNFELD,
Herzogl. Bayer. Hof- und K. u. K. Kammer-Buchhändler.
Berlin W. 62, Keithstraße 5.

J. C. C. Bruns, Buchdruckerei in Minden i. Westf.

Inhalt.

I. Original-Mitteilungen.

A. Gerichtliche Medizin, gerichtliche Psychiatrie und Sachverständigen-Tätigkeit.

B. Hygiene und öffentliches Gesundheitswesen.

II. Aus Versammlungen und Vereinen.

Seite

III. Kleine Mitteilungen und Referate aus Zeitschriften u. s. w.

A. Gerichtliche Medizin.

B. Gerichtliche Psychiatrie.

C. Sachverständigentätigkeit in Unfall-, Invaliditäts- und Kranken-Versicherungssachen.

1. Gutachten und Referate.

2. Gerichtliche Entscheidungen.[1])

[1]) Wo kein besonderer Vermerk gemacht ist, sind die nachstehenden Entscheidungen solche des Reichsversicherungsamtes.

D. Bakteriologie und Bekämpfung der übertragbaren Krankheiten.

1. Seuchenbekämpfung und Seuchenkunde im allgemeinen.

2. Rückfallfieber.

3. Pocken und Schutzpockenimpfung.

4. Unterleibstyphus.

5. Paratyphus.

6. Malaria.

7. Ruhr, Dysenterie.

8. Masern, Röteln, Keuchhusten.

9. Epidemische Kopfgenickstarre.

Seite

10. Wochenbettfieber, Wochenbetthygiene und Krankheiten der Neugeborenen.

11. Influenza.

12. Tuberkulose.

13. Geschlechtskrankheiten und Prostitution.

14. Zoonosen (Rotz, Milzbrand, Tollwut, Schweinerotlauf usw.).

15. Sonstige Krankheiten.

E. Hygiene und öffentliches Gesundheitswesen.

1. Gewerbehygiene.

2. Schulgesundheitspflege.

IV. Besprechungen.[1])

[1]) Die Namen der Referenten sind in Klammern beigefügt.

V. Tagesnachrichten.

Aus der Nationalversammlung, den Reichsbehörden usw.:

Aus den Landesversammlungen, den Staatsbehörden usw.:

Preußen:

Sachregister.

Namenverzeichnis.

34. Jahrg. Nr. 1 — 5. Januar 1921

ZEITSCHRIFT FÜR MEDIZINALBEAMTE

Zentralblatt

für das gesamte Gebiet der gerichtlichen Medizin und Psychiatrie, des staatlichen und privaten Versicherungswesens, sowie für das Medizinal- und öffentliche Gesundheitswesen, einschl. der praktischen und sozialen Hygiene.

Herausgegeben von

Prof. Dr. Otto Rapmund

Geh Med.-Rat in Bad Lippspringe.

Offizielles Organ des Deutschen, Preussischen, Bayerischen, Sächsischen, Württembergischen, Badischen, Hessischen, Mecklenburgischen, Thüringischen und Braunschweigischen Medizinalbeamtenvereins.

Eine Beilage: Rechtsprechung und Medizinalgesetzgebung.

Bezugspreis für das Jahr: 30 M, durch die Post bezogen: 32 M.

VERLAG VON FISCHER'S MEDIZ. BUCHHANDLUNG H. KORNFELD.
Berlin W. 62, Keithstraße 5.

INHALT.

Geschäftsstelle und Versand für die Mitglieder des Medizinalbeamtenvereins durch J. C. C. BRUNS, Buchdruckerei, MINDEN i. WESTF.

Alleinige Anzeigen-Annahme und verantwortlich für den Anzeigenteil: HANS PUSCH, BERLIN SW. 48, Wilhelmstraße 28.

Personalien.

Deutsches Reich und Preussen.

Versetzt: Die Kreisärzte Dr. Boerschmann in Berlin aus dem VI. in den I. Kreisarztbezirk daselbst; Dr. Rathe in von Neumark (Westpr.) nach Höxter; Med.-Rat Dr. Friedrich von Schubin nach Schlochau; Med.-Rat Dr. Thomalla von Ohlau nach Berlin (VI. Kreisarztbezirk); Dr. Wandel von Schlochau nach Ohlau; Dr. Symanski von Meppen nach Hildesheim (Stadt- und Landkreis).

In den Ruhestand getreten: Die Kreisärzte Geh. Med.-Rat Dr. Kluge in Höxter und Geh. Med.-Rat Dr. Max Weißenborn in Berlin.

Bayern.

Ernannt: Dr. Steidle in Kempten zum Landgerichtsarzt in Landshut.

Gestorben: Bezirksarzt a. D. Dr. J. Hartmann in München.

Andere deutsche Länder.

Auszeichnungen: Verliehen: Die Rote Kreuz-Medaille III. Kl.: dem Marinestabsarzt a. D. Dr. Schueller, Bezirksarzt in Schleiz (Thüringen).

Ernannt: Marineoberstabsarzt Dr. Schueller in Kiel zum Bezirksarzt in Schleiz (Thüringen).

Erledigte Stellen.

Preussen.

Die **nicht vollbesoldete Kreisarztstelle in Meppen**, Regierungsbezirk Osnabrück. Bewerbungen sind bis zum 1. Februar 1921 an das Ministerium für Volkswohlfahrt in Berlin W 66, Leipziger Straße 3, durch die Hand des für den Wohnort des Bewerbers zuständigen Herrn Regierungspräsidenten (in Berlin: den Herrn Polizeipräsidenten in Berlin) einzureichen.

Bayern.

Die **Bezirksarztstellen in Gemünden und Wasserburg.** Bewerbungen sind bei der für den Bewerber zuständigen Regierung, Abteilung des Innern, einzureichen.

34. Jahrg. **Zeitschrift** 1921.

für

MEDIZINALBEAMTE

Zentralblatt

für das gesamte Gebiet der gerichtlichen Medizin und Psychiatrie, des staatlichen u. privaten Versicherungswesens, sowie für das Medizinal- u. öffentliche Gesundheitswesen, einschl. der prakt. u. sozialen Hygiene

Herausgegeben
von
Prof. Dr. Otto Rapmund
Geh. Med.-Rat in Minden i. W.

Offizielles Organ d. Deutschen, Preußischen, Bayerischen, Sächsischen, Württembergischen, Badischen, Hessischen, Mecklenburgischen, Thüringischen u. Braunschweigischen Medizinalbeamtenvereins

Verlag von Fischer's med. Buchhandlung H. Kornfeld
Herzogl. Bayer. Hof- u. K. u. K. Kammer-Buchhändler
Berlin W. 62, Keithstrasse 5

Nr. 1.	Erscheint am 5. und 20. jeden Monats	5. Jan.

Vergiftungsgefahr durch Chlorgas.

Von Dr. med. **Hans Biedermann**-Jena, pro physicat geprüft.

Das Chlor ist ein schweres Gas von grünlich-gelber Farbe mit einem durchdringenden erstickenden Geruch. Es ist zweieinhalbmal so schwer als Luft. Infolgedessen senkt es sich in Behältern und im freien Raume sofort auf den Boden nieder. Bei Null Grad läßt sich das Chlorgas unter einem Drucke von sechs Atmosphären zu einer ölartigen goldgelben Flüssigkeit zusammendrücken. In der neuesten Zeit gelangt das Chlor in diesem zusammengepreßten Zustande in Chlorbomben zur Versendung. Bei flüssiger Luft erstarrt diese komprimierte Flüssigkeit zu fast farblosen Kristallen. Im Wasser ist das Chlorgas löslich und zwar lösen sich 2,7 Volumen desselben mit einem Volumen Wasser. Sein spezifisches Gewicht beträgt 2,470. Es ist eines der reaktionsfähigsten Metalloide. Selbst das edelste Metall, das Gold, löst sich in Chlorwasser auf und wird durch Chlorgas in der Wärme in Chlorgold verwandelt. Mit Wasserstoff vereinigt sich das Chlor im Sonnenlichte unter Explosionserscheinungen. Auch mit vielen Elementen reagiert es unter Feuererscheinung. Es gehört mit zu den stärksten Oxydations-

mitteln. Auf organische Substanzen übt es eine so energische oxydierende Wirkung aus und zwar unter Anwesenheit von Wasser, daß es häufig zur völligen Zerstörung dieser Substanzen kommt.

Die Gelegenheit zur Vergiftung mit Chlorgas ist sowohl bei dessen Herstellung, als auch bei seiner Verwendung in der Industrie und bei Herstellung von Chlorverbindungen in der Technik gegeben. Bei der Darstellung des Chlors kann besonders bei der Chlorkalkerzeugung eine Vergiftung vorkommen. Dies kann geschehen beim zu frühen Betreten der reifen Chlorkammern, wenn das Chlor noch nicht vollkommen in die Nachbarkammern abgesaugt ist. Auch bei dem manchmal üblichen Umschaufeln des Chlorkalkes, bevor noch der Prozeß beendet ist, kann es zu einer Vergiftung kommen. Beim Weldonverfahren kann durch Offenbleiben der Wasserverschlüsse Chlor entweichen. Auch zu frühes Oeffnen der Entwickler kann zum Ausströmen von Chlor und damit zur Vergiftung führen. Die Apparate, in denen das Chlor hergestellt wird, so die Chlorreservoire und Kompressionsapparate können ebenso wie die Chlorleitung undichte Stellen besitzen, durch die das Gas ausströmen kann. Durch schlechtes Zurückhalten von etwaigen Chlorresten am Ende der Anlage kann es auch zum Chlorausströmen kommen. Am geringsten besteht die Gefahr einer Chlorgasvergiftung bei der elektrolytischen Herstellung des Gases. Da Chlorwasser ebenso wie die wässerigen Lösungen von Natrium- und Kaliumhypochlorit schon an der Luft durch die Gegenwart der Kohlensäure freies Chlor abgeben, so ist bei Verwendung dieser Lösung durch das sich bildende Chlorgas die Möglichkeit einer Vergiftung gegeben. Auch der Chlorkalk gibt fortwährend reines Chlor an die Luft ab und kann so bei Betreten seiner Aufbewahrungsräume oder beim Aufenthalt in Wagen oder auf Schiffen, in denen er zur Versendung gelangt, zu Vergiftungen führen. Cameron (2). Bei Anwendung von Chlorgas zu Desinfektionszwecken für Kleider und Krankensäle und für von Kranken benutzte Bücher, Zeitungen und Briefe, wie es in der früheren Zeit häufig geschah, können bei zu frühen Betreten der Räume Vergiftungen vorkommen. Chemiker und Apotheker, die viel mit Chlor zu arbeiten haben, sind ebenfalls den Vergiftungen ausgesetzt. Arbeiter, die Chlor zum Abtransport bringen, können durch Zerbrechen der Behälter oder deren Undichtwerden eine Vergiftung davontragen. Da das Chlorgas im jetzigen Kriege zu einer gewaltigen und oft gebrauchten Waffe geworden ist, so sind die Arbeiter, die es herstellen und in die für das Militär benötigten Behälter bringen und versenden, durch Unvorsichtigkeit oder Fehler in den technischen Werkstätten leicht Vergiftungen ausgesetzt.

Obgleich das Chlor in ausgedehnter Weise, wie wir es oben gesehen haben, in der Technik Verwendung findet, sind doch die eigentlichen Vergiftungen damit nicht allzu häufig. In

der älteren Literatur finden wir bei Böhm (1) 11 Fälle von schwerer Chlorgasvergiftung näher beschrieben; 10 davon starben. Ueber vier weitere Fälle berichtet Kobert (6). Einen weiteren Fall beschreibt Sury (11). Dieser betraf einen Arbeiter einer chemischen Fabrik, der durch Ausströmen von Chlorgas aus einem Behälter beim Verladen desselben kurze Zeit das Gas einatmete. Am 20. Tage starb der Mann an den Folgen der Vergiftung, obgleich eine kurze Besserung eingetreten war. In der neuesten Zeit verdanken wir Otto Kramer (7) eine eingehende Beschreibung von Chlorvergiftung mit guter pathologisch-anatomischer Untersuchung der Organe des Gestorbenen. Auch Rambousek (9) teilt in seinem Lehrbuche noch einen Fall tödlicher Vergiftung durch Chlorgas mit. Allerdings fehlt jede genauere klinische oder anotomische Beschreibung. Da das Chlor in dem jetzigen Kriege eine so überaus wichtige Bedeutung als Kampfmittel gewonnen hat, so finden wir in der Kriegsliteratur sowohl in der deutschen, als auch in der französischen eingehende Berichte über die Wirkung dieses neuen Mittels. Auf französischer Seite waren es die Aerzte Dujarrie de la Rivière, J. Leclercq und Fernand Lévy, (3) auf deutscher Seite Schütze (4), die eine große Zahl Soldaten mit frischer Chlorgasvergiftung zu behandeln Gelegenheit hatten und ihre Beobachtung ausführlich beschrieben.

Lange Zeit machte man sich über die große Gefahr des Chlors für Menschen und Tiere eine vollkommen falsche Vorstellung. Bahnbrechend waren die Versuche von Eulenberg (4) und Lehmann (8), die diese an Tieren und zum Teil an Menschen anstellten. So wurde von Lehmann festgestellt, daß das Chlor auf tierische Gewebe stark ätzend wirkt. Schon bei millionenfacher Verdünnung des Chlorgases mit Luft treten nach einigen Minuten brennende Empfindungen an den Schleimhäuten der Augen und Nase auf. Hierbei wird ein Geruch des Chlors noch nicht empfunden. Es sind schon 0,04 bis 0,06 p. M. ausreichend, um bei Tieren in dreieinhalb bis fünf Stunden hämorrhagische Lungenentzündung und Lungen-Oedem hervorzurufen. 0,6 p. M. in der Luft bewirkt schnell den Tod. Am schwersten betroffen werden bei diesen Erkrankungen die Respirationsorgane. Eulenberg fand bei seinen Versuchstieren die Lunge dunkelbraun oder schwärzlich gefleckt, die Ränder emphysematös. In anderen Teilen kam es zu völliger Hepatisation. Bei Kaninchen und Meerschweinchen stellte Lehmann bei Konzentrationen von 0,01 bis 0,066 p. M., die drei bis vier Stunden den Gasen ausgesetzt waren, bei sofortigem Tode ein starkes Oedem und zahlreiche Hämorrhagien in der Lunge mit Entzündungsherden fest. Auch Emphysem war vorhanden. Bei stärkeren Dosen von Chlor fand er pseudomenbranöse Auflagerungen in den oberen Luftwegen. Blieben die vergifteten Tiere längere Zeit am Leben, so machten sie einen kranken Eindruck; man fand, nachdem sie getötet, eine eitrige Tracheitis und Bronchitis und starke hämorrhagische

Entzündungsherde in der Lunge. Frische Reizungserscheinungen fanden sich auch im Munde, in der Nase und an den Augen und zwar in Gestalt von Hyperämie und vermehrter Sekretion. Lehmann beobachtete bei Verwendung stärkerer Konzentrationen der Dämpfe Kruppmembranen in Larynx und Trachea, eine schwache Aetzung der Hornhaut und der Zunge. Eulenberg gab als typisch für Chlorgasvergiftung nach seinen Tierversuchen eine weiße Beschaffenheit der Hornhaut und Trachealkrupp an. Am Magen und Darm fand Lehmann keine Veränderungen. Während dieser keine auffallende Veränderung des Blutes bei seinen Tieren feststellte, fand Eulenberg eine dunkelbraunrote, dickflüssige, bisweilen auch feinkörnige Beschaffenheit des Blutes und hielt dieses für ein charakteristisches Zeichen der Chlorvergiftung. Dieselbe Veränderung trat auch bei Ochsenblut auf, durch das Eulenberg Chlorgas leitete.

Nach den neuesten Literaturberichten über die Erscheinungen einer Chlorgasvergiftung beim Menschen werden ungefähr folgende subjektiven Symptome bei den Vergifteten gefunden: Im Anfang d. h. nach kurzer Einwirkung des Gases empfinden die Betroffenen ein starkes Stechen in den Augen, in der Nase und im Kehlkopf. Dazu gesellt sich ein dauernder Husten. Bei weiterer Einwirkung tritt ein Gefühl von Zusammengepreßtsein des Brustkorbes auf mit starkem Luftmangel. Es besteht das Gefühl der Erstickung; dabei sind heftige Schmerzen im Larynx und in der Luftröhre vorhanden. Rasch verschlimmert sich der Reizhusten; es tritt neben einem Gefühl von Brennen in der Brust reichlicher Auswurf auf. Die Denkkraft der Kranken läßt rasch nach; Mattigkeit und Müdigkeit stellen sich ein. Bei stärkerer Einwirkung des Gases tritt eine ganz plötzliche Asphyxie auf mit Bewußtseinstrübung und starkem Blutbrechen. Im weiteren Verlauf gesellt sich Lichtscheu mit Tränen der Augen hinzu. Die Augenlider schwellen an, die Bindehäute sind gerötet. Die Wangen werden bläulich verfärbt, die Lippen blau, das Gesicht ängstlich verzerrt. Bei dem qualvollen Krampfhusten pressen die Kranken mit ihren Händen die Brust zusammen. Die klinische Untersuchung ergibt eine Entzündung der Schleimhäute und der Luftwege. Der Perkussionsbefund ist im allgemeinen normal. Ab und zu allerdings findet sich Schalldämpfung. Bei der Auskultation sind laut pfeifende Rasselgeräusche und feinere Ronchi hörbar. Der Auswurf ist reichlich, sehr lufthaltig, wenig eitrig, aber mehr oder weniger stark blutig verfärbt. Der Puls ist rasch, der Blutdruck gesteigert, Temperaturerhöhung ist nicht immer vorhanden. In der Mehrzahl der Fälle bestehen Magenbeschwerden mit Appetitlosigkeit und Gefühl von Beklemmung in Speiseröhre und Magen. Das Betasten der Magengegend ist häufig sehr schmerzhaft. Es besteht oft Erbrechen von Speiseresten oder Galle, bisweilen auch von Blut. In manchen Fällen besteht Durchfall; bei anderen Kranken ist die Leber geschwollen und schmerzhaft, die Haut ikterisch verfärbt.

Im großen und ganzen kann man bei der Chlorgasvergiftung wohl drei Stadien unterscheiden. Erstens die leichteren Formen der Vergiftung. Hierbei besteht Schwindel, leichter Kopfschmerz, starker Hustenreiz, Appetitlosigkeit, Druck in der Magengegend, bisweilen Durchfall. Die Herztätigkeit ist beschleunigt oder verlangsamt, an den Lungen finden sich Erscheinungen von Bronchitis und Bronchiolitis. Die Augenbindehäute sind entzündet. Der Kranke leidet mehr oder weniger an starkem Schnupfen und Katarrh der Luftröhre. Bei der schweren Form der Vergiftung sind alle Erscheinungen schwerer. Es besteht völlige Benommenheit für mehrere Stunden, bisweilen bis zum Tode. Die Haut- und Schleimhäute sind blau bis schwärzlich verfärbt. Die Lunge zeigt Schallverdichtung und man hört über ihr Giemen und Pfeifen, bisweilen auch feuchte Geräusche. Der Lufthunger ist sehr stark. Der Auswurf ist schaumig, rosa oder blutig verfärbt. Die Expirationsluft riecht stark nach Chlor. Es besteht starke Herzschwäche und häufig hohes Fieber. Der Puls kann stark beschleunigt oder sehr verlangsamt sein, die Bindehäute zeigen starke Entzündungserscheinungen. Häufiges Erbrechen und Durchfall sind vorhanden. Bei der dritten, der chronischen Form der Chlorvergiftung besteht starke Abmagerung, Magenschmerzen, Appetitlosigkeit, auffallende Blässe, Kopfschmerz, Schlaflosigkeit und Schwindel. Ferner chronische Bronchitis und Rhinitis. Diese letztere Form der Vergiftung findet sich besonders bei Arbeitern, die jahrelang geringen Mengen von Chlorgasen ausgesetzt sind. Inwieweit die sogenannte Chlorakne auf die dauernde Einwirkung des Chlorgases zurückzuführen ist, möchte ich hier nicht entscheiden.

Bei den Fällen, die zum Tode kommen, findet sich ein starker Reizzustand der ganzen Schleimhaut der oberen und unteren Luftwege, in Gestalt von Hyperaemie und vermehrter Sekretion. Starkes Oedem der ganzen Lunge mit zahlreichen Hämorrhagien und hämorrhagischen Entzündungsherden in der Lunge — oft auch starkes Emphysem. Bei Fällen, die erst einige Zeit nach der Vergiftung sterben, finden sich eitrige Entzündungen in der Trachea und den Bronchien, ferner diffus über die Lunge verbreitete Pneumonie; bisweilen kann man auch das Bild der Lungengangrän beobachten. Bei dem von Kramer näher beschriebenen Fall waren ausgedehnte Thrombosen der Lungenarterien mit alten und frischen hämorrhagischen Lungeninfarkten vorhanden — auch eine Thrombose der linken Kranzarterie des Herzens. Außerdem bot der Kramersche Fall die Zeichen von Lungenemphysem und fibröser Pneumonie.

Für den Gerichtsarzt ist es nun sehr wichtig, die Erscheinungen und klinischen Symptome nebst den pathologisch-anatomischen Befunden bei Chlorgasvergifteten genau zu kennen. Denn 1. kann der Gerichtsarzt als ärztlicher Sachverständiger in die Lage kommen, bei Leuten, die durch einen Unfall im Betriebe oder durch selbstverschuldete Fehler bei der Arbeit

mit Chlorgas getötet wurden, festzustellen, ob der Tod durch Einatmen von Chlor bedingt wurde. Hierbei ist es seine Aufgabe, durch die vorgenommene Sektion zu beweisen, daß eine typische Vergiftung mit Chlorgas vorliegt, indem sich ein starker Reizzustand der ganzen Schleimhaut der oberen und unteren Luftwege in Gestalt von Hyperaemie und vermehrter Sekretion vorfindet und die Lungen starkes Oedem mit zahlreichen Hämorrhagien und hämorrhagischen Entzündungsherden aufweisen. Bei Fällen, die erst nach einiger Zeit zum Tode führten, wenn diffus über die Lunge verbreitete Pneumonien mit eiterigen Entzündungen in der Trachea und den Bronchien sich finden, ist für den Gerichtsarzt bei der Möglichkeit einer Einatmung von Chlorgasen die Diagnose auf eine solche Vergiftung gesichert. Auch Thrombosen der Kranzarterien des Herzens und der Lungenarterien mit Lungeninfarkten können ebenso wie Lungengangrän als typische Zeichen einer Vergiftung mit Chlorgas angesehen werden. Bei Fällen, die kurz nach der Vergiftung zur Sektion kommen, wird sich auch bisweilen an frischen Hirnschnitten ein typischer Chlorgeruch nachweisen lassen. (Cameron (2). In zweiter Linie kann von dem Gerichtsarzt auf Veranlassung von Gerichten, Behörden und Versicherungsanstalten ein Gutachten abgefordert werden, in dem er entscheiden soll, ob eine Rentenforderung eines in einem Chlorbetriebe durch Chlorgase Geschädigten berechtigt ist, und in welcher Höhe diese gewährt werden soll. Wenn der Erkrankte nachweisen kann, daß er vor dem Unfalle oder vor Eintritt in den Betrieb (dies besonders bei chronischen Erkrankungen) ganz gesund war, und daß die Erwerbsbeschränkung oder Krankheit erst nach einem erwiesenen Ausgesetztsein von Chlorgas aufgetreten ist, so ist der Arzt berechtigt, dem Betroffenen die entsprechende Rente oder eine Kur zur Wiederherstellung der Gesundheit zuzusprechen. In dritter Linie ist es Sache des Gerichtsarztes zu entscheiden, ob eine chlorhaltige Verbindung als Mord- oder Selbstmordmittel in Frage kommt. Wegen des penetranten Geruches der Chlorverbindung werden allerdings die Fälle selten sein, in denen es als Mordmittel benutzt wird. Häufiger noch sind zufällige Vergiftungen, die durch Verwechslung von Lösungen einer chlorhaltigen Verbindung (dies kann in der Apotheke auftreten) vorkommen. Auch in diesen Fällen ist es dann Sache des Gerichtsarztes, die Entscheidung zu bringen, daß als Ursache des Todes oder der Erkrankung Chlor anzusehen ist.

In denjenigen Städten, in denen der Gerichtsarzt auch zugleich Kreisarzt ist, wird es oft vorkommen, daß die Funktionen des letzteren in die des ersteren übergehen. So ist es Aufgabe des Kreisarztes, sich um die Prophylaxe der Chlorvergiftungen zu kümmern. Dies kann geschehen durch eine regelmäßige ärztliche Ueberwachung der Betriebe, in denen Chlor verarbeitet wird. Wenn irgend möglich, muß der Kreisarzt dahin wirken, daß bei der Chlorkalkbereitung

maschinell betriebene Apparate (Hasenclever) zur Verwendung kommen, um das Umschaufeln des Chlorkalkes und das Auffüllen der Kammern nicht durch Menschenhände besorgen zu lassen. Auch muß er anregen, daß, wenn irgend angängig, die nasse Chlorbleiche an Stelle der trockenen in der Papierindustrie eingeführt wird. Er muß darauf achten, daß für eine gute Ventilation der Räume, in denen Chlorgase sich bilden können, gesorgt ist. Zu frühes Betreten von Kammern, in denen noch Chlorgase vorhanden sein können, muß verboten werden. Es muß für gute Dunstabzüge für das aus den Bleichholländern entweichende Gas Sorge getragen werden. Gute Absaugvorrichtungen müssen bei dem elektrolytischen Verfahren angebracht sein, um das entstehende Gas sicher in die Aufbewahrungsbehälter zu leiten. Ferner ist es Sache des Kreisarztes, darauf zu achten, daß nur ganz gesunde und kräftige Leute mit normalen Schleimhäuten und Atmungsorganen als Arbeiter in diesen Fabriken eingestellt werden. Der Ernährungszustand dieser Leute muß ein kräftiger sein. Die Arbeiter müssen reichliche Gelegenheit haben zu Bädern und zu häufigem Wechsel der Kleider, um den Chlorgeruch rasch beseitigen zu können. Die dem ausströmenden Chlorgase ganz besonders ausgesetzten Leute sind am besten mit Masken zu versehen, die ein das Chlor absorbierendes, d. h. chemisch unschädlich machendes Filter enthalten (z. B. unterschwefligsaures Natron). In den Chlorbetrieben sind für jeden leicht sichtbare Warnungstafeln anzubringen über die Gefährlichkeit des Chlorgases und Vorschriften über die Mittel, dieser zu begegnen. In der gleichen Weise müssen Verhaltungsmaßregeln für die Behandlung der durch ausströmende Chlorgase Betroffenen deutlich sichtbar gemacht werden. In gewissen Zeiträumen sind die Chlorarbeiter durch Vorträge über die Behandlung Vergifteter zu unterrichten. In diesen muß gesagt werden, daß die Erkrankten vor allem rasch an die frische Luft gebracht werden müssen. Die Hautatmung muß durch völliges Entkleiden und durch Abreibungen angeregt werden. Einatmenlassen von unterschwefligsaurem Natron und Alkohol kann dem Betroffenen Erleichterung bringen. Bei allen schwereren Fällen der Vergiftung, in denen ein schwerer Allgemeinzustand verbunden mit schlechter Herztätigkeit sich findet, ist so rasch als möglich der nächste Arzt herbeizurufen, der vor allem künstliche Atmung zu machen und Sauerstoff durch die dazu eingerichteten Apparate (Roth-Dräger) den Leuten zuzuführen hat. Bei schlechter Herztätigkeit wird er Herzmittel in Gestalt von Kampfer und Koffein geben müssen. Bisweilen wird auch ein kräftiger Aderlaß mit nachfolgender intravenöser Darreichung von Kochsalz angezeigt sein. Bei sehr starken Schmerzen in der Luftröhre und in den Lungen müssen Beruhigungsmittel in Gestalt von Morphium und Kokainlösung gegeben werden. Hierdurch wird der quälende Hustenreiz gestillt. Bei dem manchmal vorhandenen sehr hartnäckigem Stimmritzenkrampf, der reflektorisch als Abwehr gegen die

Chloreinatmung auftritt (Falk 5), kann der Luftröhrenschnitt angezeigt erscheinen.

Literatur:

1) Böhm: Handbuch der Intoxikation. 2. Auflage, 1880.
2) Cameron: Death from inhalation of chlorine gas. Dublin qu. j. of med. science; 49, 116, 1870.
3) Dujarrie de la Rivière, J. Leclercq, F. Lévy: Presse medicale; Juli 1915.
4) Eulenberg: Die Lehre von den schädigenden und giftigen Gasen; Braunschweig 1865.
5) Falk F.: Spasmus glottidis bei gewaltsamen Todesarten. Vierteljahresschrift f. ger. Med.; 1872, N. F., Bd. 16.
6) Kobert R.: Lehrbuch der Intoxikation. 2. Aufl., 1902/06.
7) Kramer Otto: Vierteljahresschrift für ger. Med.; 3. Folge, 53. Band, 1917.
8) Lehmann: Experimentelle Studien über den Einfluß technisch und hygienisch wichtiger Gase a. d. Organismus: Chlor und Brom. Arch. f. Hyg.; Band 7, 1887.
9) Rambousek: Gewerbliche Vergiftung. Leipzig, 1911.
10) Schütze K.: Beobachtungen über Kampfgaserkrankungen. D. Med. Wochenschrift; 1916, Nr. 46.
11. Sury-Bienz: Vierteljahresschrift für ger. Med.; N. F., Bd. 49, 1888.

Psychopathenfürsorge.

Von Med.-Rat Dr. Bundt, Kreisarzt in Halle a. S.

Im Gesetz vom 6. Mai 1920 hat man die Sorge für die körperlich Verkrüppelten endlich zu einer Pflicht der Allgemeinheit gemacht und die Grundlagen für die Erfassung, Behandlung und Erziehung aller jugendlichen Krüppel geschaffen mit dem Zwecke, sie zu nützlichen, erwerbsfähigen und zufriedenen Mitgliedern des Staates zu machen. Demgegenüber hat die öffentliche Sorge für die geistig abgearteten Jugendlichen, sofern es bei ihnen nicht zu einer gefahrdrohenden Betätigung dieser Abwegigkeit kommt, als öffentliche Einrichtung bisher fast vollkommen gefehlt. Wo sie geübt wurde, lag sie fast überall in den Händen privater Vereine und Gesellschaften. Man hatte, wie Pastor Hage[1]), der Schriftführer des sächsischen Provinzialvereins für psychopathische Kinder in Nr. 7/8 Jahrg. 1920 der sächsischen Wohlfahrtspflege nach Ziehen ausführt, den Begriff und die Bedeutung der Psychopathie Jugendlicher noch nicht so klar erkannt, wie es die Wissenschaft und das Bedürfnis gegenwärtig erfordern.

Dem Einfluß des hiesigen Psychiaters Prof. Anton ist es zu verdanken, daß in Halle schon 1916 unter seiner Leitung eine Beratungsstelle für geistig abgeartete Kinder entstand, die sich bis zum 1. Januar 1917 zu einer geschlossenen Anstalt, dem Heilerziehungsheim des Vereins Jugendhilfe entwickelte, dessen 24 Betten zumeist mit halleschen, aber auch mit auswärtigen Kindern fast stets voll belegt sind. Dem Verein für Jugendhilfe und dem im Februar 1920 ge-

---

[1]) Pastor Hage, Halle a. S.: „Psychopathenfürsorge".

gründeten sächsischen Provinzialverein für psychopathische Kinder gelang es weiterhin, die Mitwirkung des Provinziallandtags für ihre Zwecke zu gewinnen. Dieser bewilligte nicht nur Geldmittel, sondern stellte auch ein leerstehendes Gebäude der Provinzialheilanstalt Alt-Scherbitz als Heim zur Verfügung.

Man hatte hier in Halle dank Anton und Ziehen die drohenden Zeichen der Zeit erkannt; denn die Erfahrungen der letzten Kriegszeit und vor allem die Ereignisse der Revolution und der Zeit nach dem November 1918 haben zur Genüge erwiesen, daß geistig Abgeartete und Minderwertige in zahlreichen Fällen einen unheilvollen Einfluß auf die Geschicke unseres Volkes und Vaterlandes gehabt haben. Die verworrenen und unruhigen Verhältnisse mit ihrem Mangel an straffer Zucht und Autoritätsbewußtsein haben es einer großen Reihe psychopatisch Veranlagter ermöglicht, eine Rolle im öffentlichen Leben zu spielen und eine verderbliche Wirkung auf die wirtschaftlichen und politischen Verhältnisse auszuüben. In Unkenntnis ihrer Abwegigkeit und ihrer verbrecherischen Eigenart hat man sie sogar hin und wieder zu Führern werden lassen zum Schaden für unser Land und Volk.

Hier muß Abhilfe geschaffen werden!

Für die offensichtlich Geisteskranken ist durch die Irrengesetzgebung und durch Fürsorgemaßnahmen in öffentlichen und privaten Heilanstalten genügend gesorgt; gleichwohl sind sie, vielleicht mit Ausnahme der verbrecherischen Irren, die geringere Gefahr für den Bestand unseres Volkes, als jene Abgearteten, deren Abwegigkeit, oft nur auf ethischem Gebiete liegend, für die Umgebung so schwer erkennbar ist, und deren einseitige Begabung oftmals über die fast stets auch vorhandenen Defekte des Intellekts hinwegtäuscht. Dazu kommt, daß ihnen in viel stärkerem Maße die Gelegenheit zur Fortpflanzung und somit zur Vererbung ihrer geistigen Minderwertigkeit gegeben ist, als den ohne weiteres als geisteskrank Erkannten.

Ein großer Teil dieser psychisch Minderwertigen ist nun durch geeignete Behandlung und Erziehung so zu beeinflusen [1]), daß er zu einem nützlichen Bestandteil unseres Volkes wird, daß er lernt, seine unsozialen Neigungen und Triebe zu beherrschen und imstande ist, in der Gesellschaft und im Leben seine Pflichten ohne schwere Konflikte mit Sitte und Gesetz zu erfüllen. Dieser Einfluß muß aber früh einsetzen, ehe die angeborene Willens- und Geistesrichtung erst einmal in falsche Bahnen gelenkt ist. Es gilt, durch Erziehung schon früh den Willen zu stärken und ethische Hemmungen einzuschieben gegen den krankhaften Drang zu asozialer Betätigung. Es gilt, vor allem auch die oft vorhandenen krankhaften Veränderungen des Körpers, die einen schwerwiegenden

---

[1]) Ziehen-Halle: Gutachten für die Notwendigkeit von besonderen Heimen für psychopatische Kinder. Sächsische Wohlfahrtspflege; 7. August 1920.

Einfluß auf den Ablauf der psychischen Reaktionen haben, auszuschalten. Hier berühren sich Krüppel- und Psychopathenfürsorge. Dieser Einfluß kann aber nur wirksam sein bei vollkommener Trennung von Familie, Haus und alter Umgebung unter steter sachverständiger ärztlicher und erzieherischer Aufsicht in eignen Psychopathen-Heimen mit Gelegenheit zu einem der Eigenart der Insassen angepaßten Schulbesuch und zn handwerksmäßiger und landwirtschaftlich-gärtnerischer Betätigung. Es gilt daher, solche Heime zu schaffen, zunächst in jeder Provinz eines, am besten im Anschluß an eine Landesheilanstalt, bei der auch die beste Gelegenheit zu der oben geforderten erzieherischen Betätigung in Feld und Garten gegeben ist.

Es muß aber durch ein **Gesetz** die Möglichkeit gegeben werden, geistig abgeartete Kinder gewissermaßen geistige Krüppel, vor allem die mit einem angeborenen ethischen Defekt Behafteten, solchen Heimen zwangsweise zuzuführen. In diese Heilerziehungsheime gehört so manches Kind, das jetzt ohne Erfolg in Zwangserziehung genommen wird. Die jetzige Fürsorgeerziehung hat ihren berechtigten Platz und ihre wirklichen Erfolge im allgemeinen nur da, wo es sich um psychisch annähernd normale Kinder handelt, deren natürlichen Erziehern die nötigen Eigenschaften zur Kunst der Erziehung fehlen. Bei geistig abwegigen Kindern muß sie zu allermeist versagen. Die Fürsorgezöglinge spielen ja in der Zahl der wegen Vergehen und Verbrechen gerichtlich Verurteilten keine geringe Rolle.

Leider stehen wir noch nicht auf der Höhe der Gefahr! Die Zunahme der Syphilis mit ihrer Vererbbarkeit und ihrer verderblichen Wirkung auf das Zentralnervensystem ist ein neuer Faktor der Entartung, und eine der Haupterscheinungen der Degeneration eines Volkes ist die Zunahme der geistig Abgearteten und geistig Minderwertigen. Retten wir von diesen, soviele zu retten sind, lassen wir ihnen in geeigneter Weise ärztliche und erzieherische Hilfe zuteil werden, indem wir Heilerziehungsheime schaffen und es gesetzlich ermöglichen, alle Bedürftigen in diese Heime einzuweisen. So wird neben der Krüppelfürsorge auch die Psychopathenfürsorge zum Wiederaufbau unserer Volkskraft und Volksgesundheit beitragen.

Aus Versammlungen und Vereinen.

Bericht über die am 17. Oktober 1920 in Weimar abgehaltene Herbstversammlung des Vereins der Medizinalbeamten der Provinz Sachsen

Anwesend waren 2 Reg.- und Medizinalräte (Merseburg und Erfurt), 23 Kreisärzte und als Gäste Geh. Ober-Med.-Rat Prof. Dr. Abel und Geh. Med.-Rat Dr. Wodtke aus Jena sowie Geh. Med.-Rat Prof. Dr. Gumprecht aus Weimar.

I. Kreisarzt und Krüppelfürsorgegesetz vom 6. Mai 1920. Der Berichterstatter Dr. Rapmund in Querfurt erläutert das Gesetz an der Hand

der Ausführungsbestimmungen und weist hinsichtlich der Anzeigepflicht darauf hin, daß im Gesetz selbst sich diese nur auf die Krüppel unter 18 Jahren ausdehne, während nach den Ausführungsbestimmungen alle Krüppel der Fürsorge unterliegen sollen. Es bestehe hier eine Lücke im Gesetz, die dessen Ergänzung nötig mache, schon um der zahlreichen Kriegsbeschädigten habhaft zu werden. Die Listenführung durch den Kreisarzt hält Vortragender für keine beneidenswerte Erweiterung dessen Tätigkeit, da es einfache Schreibart sei; in seinem Kreise habe diese Arbeit das Wohlfahrtsamt ihm abgenommen, auf dem auch die Anzeigen aufbewahrt würden. Der Leiter der Krüppelfürsorgestelle brauche kein Fachmann zu sein, da die Entscheidung über die endgültige Fürsorge Fachärzten übertragen sei; der Kreisarzt sei daher als Leiter die geeignete Persönlichkeit. Die Bestimmung, daß unfrankierte Anzeigen vom Kreisarzt nicht zurückgewiesen werden dürfen, stellen für dessen Dienstaufwandsentschädigung ein weiteres arges Belastungsmoment dar, sei doch jetzt der Kreisarzt genötigt, jeden unfrankierten Brief, da er eine Krüppelanzeige enthalten könne, anzunehmen und dafür Strafporto zu ja bezahlen. Warum gerade der Kreisarzt sein Privateinkommen, mit dem er schon jetzt einen erheblichen Teil des Dienstaufwands begliche, noch stärker im dienstlichen Interesse belasten solle, sei nicht ganz verständlich.

In der **Diskussion** (Poddey-Kluge-Hillenberg-Räuber) wird betont, daß in die Krüppellisten nur behandlungsbedürftige Krüppel aufgenommen werden sollen; Kriegbeschädigte gehörten nicht hinein. Jorns-Nordhausen ist der Meinung, daß der Kreisarzt sich nicht zur Leitung der Krüppel-Fürsorgestellen drängen solle, sofern er nicht Facharzt sei. Schon die Rücksicht auf die praktischen Aerzte solle ihm da eine gewisse Reserve auferlegen. Auch Kühnlein-Wernigerode vertrat den gleichen Standpunkt. Weller-Merseburg hebt gleichfalls die erhebliche materielle Schädigung der Kreisärzte durch die Bestimmung hervor, auch unfrankierte Anzeigen annehmen zu müssen.

In seinem Schlußwort betont Rapmund noch einmal die Notwendigkeit einer Erweiterung des Gesetzes dahin, daß den Kreisärzten alle Krüppel, auch die über 18 Jahre alten, angezeigt würden.

II. Sind Abänderungsvorschläge zum preußischen Seuchengesetz vom 28. August 1905, namentlich hinsichtlich Anzeigepflicht, örtlicher Ermittelungen und Desinfektion zu machen?

a. Med.-Rat Dr. Poddey-Erfurt, erster Berichterstatter betont einleitend das hohe Verdienst des Schöpfers des Seuchengesetzes, Min.-Direkt. Prof. Dr. Kirchner, das sich im Frieden und Krieg bewährt habe, wofür ihm der Dank des Vaterlandes gebühre; wir wollen es daran nicht fehlen lassen. (Bravo!) Einzelnes sei verbesserungsbedürftig, da die Verhältnisse sich fortentwickelt haben und die Wissenschaft fortgeschritten sei. In seinen weiteren Ausführungen beschränkt sich Vortragender auf 3 Gegenstände: Die Lungen- und Kehlkopftuberkulose, die Geschlechtskrankheiten und die Desinfektion; er faßt seine Ausführungen in nachstehende Leitsätze zusammen:

„A. Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten.

1. Die gesetzliche Regelung der Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten hat in einem besonderen Gesetz zu erfolgen und nicht durch Erweiterung des Landesseuchengesetzes vom 28. August 1905.
2. In dem Gesetz muß das Verbot der Behandlung der Geschlechtskrankheiten durch Kurpfuscher ausgesprochen sein.
3. In jedem Kreise ist die Einrichtung einer Beratungsstelle für Geschlechtskranke notwendig. Es können sich auch mehrere Kreise hierzu zusammentun.
4. Die Anzeigepflicht des behandelnden Arztes (bei Fortfall von 2) auch des Behandlers) an die Beratungsstelle ist in dem Falle gegeben, wenn der Kranke sich einer Behandlung entzieht, ehe er geheilt ist; bei Syphilis auch dann, wenn er zu der für notwendig erklärten Kontrolle oder Wiederholung der Behandlung nicht erscheint. Sie besteht nicht, wenn der Kranke durch ärztliches Zeugnis nachweist, daß er in die Behandlung eines anderen Arztes übergegangen ist.
5. Die in der Verordnung der Reichsregierung vom 11. Dezember 1918 und dem Erlaß des Ministers des Innern vom 9. Juli 1919 M 12407 I vor-

gesehene Zwangsbehandlung Widerspenstiger, ärztliche Belehrung und Bestrafung des Geschlechtsverkehrs nicht Geheilter müssen in das Gesetz aufgenommen werden.

B. Desinfektion bei ansteckenden Krankheiten.

1. Bei der Desinfektion bei ansteckenden Krankheiten ist der Hauptwert auf die laufende Desinfektion am Krankenbett zu legen. Die Polizei kann ihre Aufgabe, darüber zu wachen, daß sie sachgemäß ausgeführt wird, nicht erfüllen; ebensowenig vermag sie zu kontrollieren, ob die angeordnete Absonderung durchgeführt ist.
2. Es ist demnach erforderlich, daß eine Organisation geschaffen wird, die unter der Leitung des staatlichen Kreisarztes steht und der Polizei diese Aufgabe abnimmt.
3. Zu dem Zweck sind die Krankenpflegepersonen außerhalb der Krankenanstalten, soweit sie im Dienste der Gemeinden und öffentlichen Korporationen stehen, und die Desinfektoren als Gesundheitsaufseher und- aufseherinnen dem staatlichen Kreisarzt zu unterstellen, so daß er ihnen Aufträge erteilen kann, die sie zu erfüllen haben. Auch die freitätigen Krankenpflegepersonen haben sich bei ihm bei ihrer Niederlassung zu melden und seinen Anweisungen zur Verhütung der Weiterverbreitung ansteckender Krankheiten gegebenenfalls Folge zu leisten.
4. Die Schlußdesinfektion kann dann wesentlich vereinfacht werden, die Formalin-Desinfektion fortfallen und die Dampfdesinfektion beschränkt werden.
5. Die Gesundheitsaufseher werden auch zur Entnahme bakteriologischen Untersuchungsmaterials heranzuziehen sein. Dauerausscheider, Bazillenträger werden dann zu ermitteln und der Zeitpunkt der Schlußdesinfektion wird besser zu bestimmen sein.

C. Stellung des Gesundheitsbeamten.

Eng verknüpft mit der Durchführung dieser Verbesserungen ist eine Reform des Gesundheitswesens, der Stellung des Kreisarztes, seiner Dienstanweisung. Es sind streng zu scheiden folgende Arbeitsgebiete: 1. die kommunalärztlichen, also die wohlfahrtspflegerischen oder fürsorgerischen einschließlich der schulärztlichen, 2. die rein staatsärztlichen, d. h. die medizinal- und sanitätspolizeilichen und die vertrauensärztlichen, 3. die gerichtsärztlichen einschließlich derer der sozialen Versicherung. Von der Bevölkerungsdichtigkeit der Verwaltungsbezirke wird es abhängen, ob der staatliche Kreisarzt auch die wohlfahrtspflegerischen und gerichtsärztlichen Aufgaben wird erfüllen können. Auf alle Fälle muß der Gesundheitsbeamte je nach seinem Aufgabenkreis in engste Fühlung mit den entsprechenden Verwaltungsbehörden mit bestimmten Rechten und Pflichten gebracht werden."

b. Der zweite Berichterstatter Kreisarzt Dr. Kühnlein-Wernigerode behandelt besonders die Anzeigepflicht bei Tuberkulose. Er zeigt zunächst, wie die Abnahme der Tuberkulose bereits vom Jahre 1906 an nicht mehr so erfreulich wie in den vorangegangenen Jahren gewesen, wie also ein gewisser Stillstand in unserer Tuberkulosebekämpfung eingetreten sei. Der Grund liege darin, daß diese keine lückenlose sei; sie habe sogar noch recht viele Lücken. Früher seien wir ein aufblühendes, reiches, noch viel versprechendes und sich stark vermehrendes Volk gewesen; da hätten wir uns den Luxus einer lückenhaften Bekämpfung der Tuberkulose noch leisten können. Schuld der Medizinalbeamten sei diese falsche Auffassung volkswirtschaftlicher Begriffe nicht gewesen, da sie gegenüber den Kreisen machtlos gewesen seien, die bei der Beratung des Medizinaletats immer gesagt, daß für hygienische Forderungen keine Mittel vorhanden wären. Heute seien nun in der Tat keine Mittel da; trotzdem heiße es für uns, aufzutreten und zu fordern, daß Mittel geschaffen werden, damit unser sieches Volk nicht noch ein sterbendes werde! Bei energischem Zufassen sei es noch nicht zu spät. Aufklärung und Fürsorgestellen brächten uns allein nicht vorwärts, nur das Gesetz könne hier helfen, d. h. die gesetzliche Bestimmung, durch die die Meldepflicht der Tuberkulose Lebender eingeführt wird. Die Kostenfrage, verschiedene ärztliche und wirtschaftliche Bedenken bildeten kein Hemmnis für ihre Einführung. Für

nicht zweckmäßig erscheint es dem Vortragenden, wollte man den Begriff der sog. „offenen Tuberkulose“ in das Gesetz hineinbringen, weil man dann sofort auf Schwierigkeiten stoßen würde. Ferner sei die Meldepflicht bei Wohnungswechsel Tuberkulöser zu verlangen und eine Bestimmung, nach der die Wohnung jedes Tuberkulösen 2 mal im Jahre desinfiziert würde. Schließlich wäre die zwangsweise Absonderung für diejenigen Tuberkulösen zu fordern, die aus Unvermögen oder Fahrlässigkeit ihre Umgebung gefährden.

Der Vortragende faßt seine zum Teil sehr temperamentvollen Ausführungen in folgende Leitsätze zusammen:

„1. Jeder Erkrankungs- und Todesfall an Lungen- und Kehlkopftuberkulose sowie jeder Wohnungswechsel Tuberkulöser ist meldepflichtig.
2. Jeder Erkrankungsfall an Lupus ist meldepflichtig.
3. Die Meldepflicht regelt sich im besonderen nach den Bestimmungen des preußischen Seuchengesetzes vom 28. August 1905.
4. Der Begriff der Lungentuberkulose ist nach den neuzeitlichen klinischen Auffassungen abzugrenzen.
5. Die Anweisung zur Verhütung der Verbreitung übertragbarer Krankheiten durch die Schulen vom 9. Juli 1907 ist im Sinne der Meldepflicht umzuändern.
6. Wirksame Maßnahmen gegen die Wohnungsnot sind zu ergreifen.
7. Ein Reichstuberkulosegesetz hat der Einführung der Meldepflicht in Preußen unmittelbar zu folgen.“

In der **Besprechung** betont Rapmund hinsichtlich der Anzeigepflicht bei Tuberkulose, daß die Meldungen an das Wohlfahrtsamt zu richten wären. Feststellung von Geschlechtskrankheiten durch den Kreisarzt halte er für sehr schwierig, sie sei nur in Ausnahmefällen möglich.

Geh. Rat Dr. Abel glaubt nicht, daß wir mit der Anzeigepflicht für Geschlechtskrankheiten weiter kommen werden; die Bevölkerung wird sich das gerade in der heutigen Zeit nicht gefallen lassen. Nur durch die Beratungsstellen käme man im Kampf gegen die Geschlechtskrankheiten weiter. — Auch mit dem Anzeigezwang für Tuberkulose werde nicht viel erreicht werden, selbst wenn die Anzeigen an das Fürsorgeamt gingen. Mit den praktischen Aerzten müsse man arbeiten, die den Tuberkulösen mit seinem Miliö betrachten lernen müssen, was nicht ganz leicht sei. In diesem Sinne müsse jedenfalls die heranwachsende Aerztegeneration erzogen werden. Zur Beaufsichtigung der laufendzn Desinfektion sowie überhaupt für sanitätspolizeiliche Aufgaben müsse den Kreisärzten Unterpersonal zur Seite gestellt werden. Den Leuten müßten die Desinfektionsmittel frei ins Haus geliefert werden, z. B. ein Kasten mit allem nötigen Desinfektionsmaterial, wie er in Hamburg den verseuchten Familien gebracht und nach Gebrauch wieder abgeholt wird.

Geh. Rat Dr. Wodtke weist auf die in westlichen Kreisen bestehende Einrichtung von Ober-Desinfektoren hin, die beim Kreisarzt tätig sind und von ihm in erforderlichen Fällen über Land gesandt werden. Er tritt für ein „Los von der Polizei“ ein und Einrichtung einer eigenen Gesundheitspolizei, die vom Kreisarzt wahrgenommen wird.

Auch Thomas-Magdeburg hält von der Anzeigepflicht bei Tuberkulose nichts; in Lippe, wo sie jetzt eingeführt sei, dürfte sie am Widerstand der Aerzte völlig versagen.

In der Aussprache, an der sich noch weitere Redner beteiligen, fielen zum Teil recht scharfe Bemerkungen über die als Zurücksetzung empfundene Bewertung der Stellung der Kreisärzte, die diese wahrlich nicht verdient hätten.

III. Kreisarzt und Schularztfrage in Landkreisen. Berichterstatter: Dr. Heimbucher-Liebenwerda. Der Vortrag wird wegen vorgerückter Zeit von der Tagesordnung abgesetzt und auf die Anfang nächsten Jahres abzuhaltende Versammlung verschoben. Es wird gebeten, dem Referenten tunlichst aus jedem Kreise mit schulärztlicher Einrichtung die praktische Durchführung derselben kurz mitzuteilen.

IV. Verschiedenes. Berichterstatter: Dr. Jorns-Nordhausen.

1. Die von der Landesversicherungsanstalt Sachsen-Anhalt bewilligten

Gebühren von 18 bezw. 25 M. (für Erst- bezw. Entziehungsgutachten) werden gutgeheißen.

2. Nach einem privaten Schreiben der Landesversicherungsanstalt soll die Terminsgebühr um 50% erhöht werden, was als unzureichend bezeichnet wird. Es wird beschlossen, nach Eingang der offiziellen Antwort Herrn Reg.- und Geh. Med.-Rat Dr. Herrmann-Merseburg zu bitten, mit der Anstalt wegen einer Erhöhung um 100% zu verhandeln, wozu sich dieser bereit erklärt.

3. Gefängnisarzt-Gebühren: Es wird empfohlen, ungünstige Verträge zu kündigen und zunächst nach den Sätzen der Gebührenordnung zu behandeln. Zugleich wird mitgeteilt, daß ein neuer Vertrag beim Generalstaatsanwalt auf Grund der Sätze der neuen Gebührenordnung in Vorbereitung sei, daß außerdem Verhandlungen zwischen Justizminister und Aerztekammern über die Honorierung der Gefängnisarzttätigkeit schwebten.

Zum Schluß wird ein Schreiben des Vorsitzenden der Aerztekammer der Provinz Sachsen vom Schriftführer der Versammlung zur Kenntnis gebracht, in dem der Medizinalbeamtenverein gebeten wird, mit der Aerztekammer wegen Honorierung der Fürsorgetätigkeit von Kreisärzten zu verhandeln, um ein Unterbieten von praktischen Aerzten zu verhüten. Es wird eine Kommission, bestehend aus den Kreisärzten Herms-Burg, Jorns-Nordhausen, Rapmund-Querfurt bestimmt, die mit der Aerztekammer die einschlägigen Fragen regeln soll. Dr. Hillenberg.

Bericht über die IV. Hauptversammlung des Thüringischen Medizinalbeamtenvereins am 24. Oktober 1920 in Jena.

Anwesend waren 28 Mitglieder: Abel- und Berger-Jena, Beyer-Altenburg, Bonde-Roda S.-A., Franke-Waltershausen, Giese-Jena, Gumprecht-Weimar, Hase-Schmölln S.-A., Hellbach-Rudolstadt, Hesse-Eisenberg, Jaenicke-Apolda, Jahn-Bürgel, Kiel-Buttstädt, Knopf-Weimar, Kühn-Neustadt-Orla, Loeber-Vacha, Michael-Ilmenau, Neuhaus-Gera-Reuss, Oloff-Auma, Osswald-Sondershausen, Pfeifer-Weida, Rössle-Jena, Rosendorf-Leutenberg, Scharff-Vieselbach, Sieburg-Ostheim, Spann-Greiz, Stapff-Dermbach, Tölle-Arnstadt, als Gäste: Geh. Med.-Rat Dr. Wodtke-Jena und San.-Rat Dr. Grobe-Camburg (Saale).

I. Der Vorsitzende Dr. Neuhaus-Gera-Reuss eröffnete die Versammlung 3¼ Uhr nachm. Nach Begrüßung der Anwesenden gedachte er zunächst der seit 1914 bis Ende September d. J. verstorbenen 12 Vereinsmitglieder und widmete ihnen warme Worte der Anerkennung. Zu Ehren der Verstorbenen erhoben sich die Anwesenden von ihren Sitzen. Er begrüßte sodann den als Gast erschienenen Reichskommissar für Typhusbekämpfung in Mitteldeutschland und Vorsitzenden des Deutschen und Preußischen Medizinalbeamtenvereins, Herrn Geheimrat Dr. Wodtke.

II. Es fand die Rechnungsablegung für die Zeit vom 1. Januar 1914 bis 31. Dezember 1919 statt. Die Rechnung war durch Osswald-Sondershausen geprüft und richtig befunden worden. Dem bisherigen Kassenführer Neuhaus-Gera wurde Entlastung erteilt.

III. Als Nachfolger des verstorbenen Geh. San.-Rats Dr. Helmkampf-Saalfeld wurde Med.-Rat Dr. Franke-Waltershausen als Beisitzer in den Vorstand gewählt.

IV. Die Wahl des Ortes der nächsten Versammlung wurde dem Vorstand überlassen.

V. Vor Eintritt in die weitere Tagesordnung sprach Herr Geh. Med.-Rat Dr. Wodtke über Typhusbekämpfung in Mitteldeutschland. Er schilderte in überaus fesselnder, interessanter Weise das in den Reichslanden geübte Verfahren der Typhusbekämpfung, namentlich betr. Ueberwachung der Bazillenträger, und seine Erfolge. In gleicher Weise soll nunmehr die verstärkte Typhusbekämpfung in Thüringen einsetzen. Es wird Sache der Medizinalbeamten sein, aufs eifrigste mitzuwirken, damit gleich gute Ergebnisse auch hier erreicht werden. An der auf den Vortrag folgenden Aussprache be-

teiligte sich auch Herr Geheimer Obermedizinalrat Prof. Abel-Jena. Der Vorsitzende dankte Herrn Geheimrat Wodtke namens des Vereins für seine lehrreichen Ausführungen.

VI. Der Vorsitzende Dr. Neuhaus-Gera sprach sodann über die **Zukunft der beamteten Aerzte in Thüringen.** Es wurde beschlossen, bei Regierung und Landtag dahin vorstellig zu werden, daß bis zur endgültigen Regelung der Kreisarztbezirke in Thüringen den jetzigen Bezirks- und Kreisärzten das Dreifache des bisherigen Gehalts gewährt werde, und daß gleichartige Dienstbezeichnungen nach bayerischem Muster eingeführt werden.

VII. Dr. Michael-Ilmenau sprach über die **Gebühren der Medizinalbeamten in Thüringen.** Der Vortrag, der allgemeinen Beifall fand, wird in den Korrespondenzblättern des Allgemeinen ärztlichen Vereins von Thüringen veröffentlicht werden. Die vorgeschlagenen neuen Gebührensätze sollen der Regierung übermittelt werden.

VIII. Dr. Osswald-Sondershausen berichtete zum Schluß über den **Entwurf eines Kreis-(Bezirks-)Arztgesetzes für das Land Thüringen.** Bei der Durchberatung des Entwurfs gewährten Geheimrat Dr. Wodtke und Geheimrat Dr. Abel ihre wertvolle Unterstützung. Der Entwurf wurde mit geringen Aenderungen einstimmig angenommen und soll Regierung und Landtag unterbreitet werden.

Nach Annahme des Gesetzes soll der Vorstand des Vereins eine eingehende Dienstanweisung für die Kreisärzte ausarbeiten.

Schluß der Versammlung 7 Uhr abends.

Dr. Osswald-Sondershausen, Schriftführer.

Kleinere Mitteilungen u. Referate aus Zeitschriften.

Sachverständigentätigkeit in Unfall-, Invaliditäts- und Krankenversicherungssachen.

Lungentuberkulose und Betriebsunfall. Ablehnung des ursächlichen Zusammenhanges des Todes eines Lungenkranken an Lungenblutung mit einer zwei Wochen zuvor durch Betriebsunfall erlittenen Quetschung des Brustkorbes. Von Sanitätsrat Dr. K. Ruhemann-Berlin. Aerztliche Sachverständigen-Zeitung; 1920, Nr. 16.

Ein 41 jähriger Lungenkranker, der noch zuletzt fleißig als Bildhauer tätig war, war gestolpert und auf die linke Brustseite gefallen. Ob der Fall ein ganz leichter gewesen oder, wie der behandelnde Arzt es darstellt, mit voller Wucht vor sich gegangen war, blieb zweifelhaft. Jedenfalls waren äußere Zeichen einer Rippenverletzung nicht festzustellen. Der Verletzte trat in ärztliche Behandlung, nahm 10 Tage nach dem Unfall die Arbeit wieder auf, erkrankte drei Tage später an Bluthusten und starb zwei Tage später.

Im Gegensatz zum behandelnden Arzt nahm Verfasser in dem von ihm erstatteten Gutachten, das sich allerdings lediglich auf das Aktenmaterial stützte, an, daß ein Zusammenhang des Todes (an Lungenblutung) mit dem Unfall unwahrscheinlich sei. Dies Gutachten stützte sich auf folgendes: Der Verstorbene hatte bereits 20 Jahre vor seinem Tode Zeichen von Lungenerkrankung (mit positivem Bazillenbefund) gezeigt, es waren wiederholt Blutungen aufgetreten und die Annahme war gerechtfertigt, daß der Krankheitsprozeß sich in einem vorgeschriebenen Stadium befand, als der Unfall eintrat. Die zum Tode führende Blutung war nicht sogleich im Anschluß an den Unfall eingetreten, vielmehr hatte sich der Verletzte bereits 10 Tage nach dem Unfall wieder arbeitsfähig gemeldet und der Bluthusten war erst 14 Tage nach dem Unfall aufgetreten.

Diesem wohlbegründeten Gutachten schloß sich Prof. Fürbringer in einem Obergutachten an. Darauf wurde auf Ablehnung der Rentenansprüche an die Hinterbliebenen erkannt. Dr. Solbrig-Breslau.

Einfluß eines Betriebsunfalls auf die Einwirkung eines Darmkrebses? Nach einer Rekursentscheidung des Reichsversicherungsamts mitgeteilt von Dr. A. Kronacker-München. Aerztliche Sachverständigen-Zeitung; 1920, Nr. 7.

Ein 27jähriger Maschinenmeister fiel mit der linken Bauchgegend auf einen Maschinenteil auf; er achtete nicht weiter darauf, verspürte aber nach 4 Wochen heftige Schmerzen an der betreffenden Stelle, wurde ins Krankenhaus gebracht, wo eine bösartige Geschwulst diagnostiziert und operativ entfernt wurde (Dickdarmstück als Sitz der Geschwulst nebst damit verwachsener Dünndarmschlinge). Es trat aber bald wieder eine Verschlimmerung ein, es kam zu Metastasen und kaum 1½ Jahre nach dem Unfall erfolgte der Tod.

Die verschiedenen Gutachter, die gehört wurden, kamen zu verschiedener Beurteilung. Der erstbehandelnde Arzt nahm an, daß die Erkrankung ihre Ursache in dem Unfall habe, ein anderer Arzt lehnte das Trauma als Ursache ab, ein dritter vertrat den Standpunkt, daß das Trauma zur rascheren Entwicklung und Weiterwucherung beigetragen habe. Das Schiedsgericht für Arbeiterversicherung wies die Entschädigungsansprüche der Hinterbliebenen ab. Das Reichsversicherungsamt schloß sich diesem Urteil an, indem es zwar annahm, daß der Unfall das Krebsleiden zu schnellerem Wachstum reizte, daß es aber durchaus unwahrscheinlich sei, daß der Unfall an dem Wiederauftreten der Krebsbildung nach radikaler Entfernung der Geschwulst die Schuld trage. Der tödliche Ausgang wäre voraussichtlich auch ohne den Unfall in naher Frist eingetreten. Dr. Solbrig-Breslau.

Nerven- und Muskelsymptome bei deformierenden Arthritiden. Von Malte Jungdahl-Lund. Wiener klin. Wochenschrift; 1920, Nr. 5.

Die Arbeit ist für die Lehre der landwirtschaftlichen Berufskrankheiten von größter Bedeutung und verdient daher eine eingehende Besprechung. Zum Beweise für das Auftreten einer Ueberanstrengungsmyalgie teilt Verfasser folgende Beobachtung mit: Er habe versucht, durch mehrere Stunden mit der Sichel Gras zu mähen. Diese für ihn ungewohnte Anstrengung löste am Nachmittag einen intensiven Schmerz aus, der auf einen Teil des Deltoideus begrenzt war, welche Partie auch angeschwollen und druckempfindlich sich erwies. Das Symptom dauerte einige Tage; er mußte von der Arbeit mit der Sichel absehen. (Referent sah bei einem 10jährigen Mädchen, das im Kriege mit seinen Mitschülerinnen Laub sammeln mußte, ber angab, es sei nicht groß genug gewesen, um das Laub am Stamme leicht zu erreichen, eine entzündliche Schwellung der Muskulatur beider Oberarme, insbesondere der Beugemuskeln, die mit großen Schmerzen einherging und etwa eine Woche zur Abheilung brauchte).

Bei der deformierenden Lumbalspondylitis spielen die Muskelsymptome im Verlauf und im klinischen Bilde eine hervorragende Rolle; diese Symptome treten unter dem Bilde der Lumbago auf. Wir sehen hier das merkwürdige Verhalten, daß eine Erkrankung des Skeletts durch lange Zeit hindurch sich hauptsächlich durch Muskel- und Nervenschmerzen äußert. Aehnlich ist es bei der Omarthritis. Der Kranke bekommt ziemlich schnell, oft plötzlich einen heftigen Schmerz am Schultergelenk, das alsbald unbeweglich wird. Die Adduktoren des Oberarms geraten in erhöhte Muskelspannung. Schmerzen über der Bursa subdeltoidea oder subacrominalis erklären sich oft durch röntgenologisch nachweisbare Kalkeinlagerungen. Der spontane Schmerz wird an irgendeine Stelle des Oberarms verlegt. Beim Malum coxae senile sind Lumbago und Ischias, Muskelsymptome, Kontrakturen, Schmerzen und Empfindlichkeit der Muskeln wesentliche Teile des Krankheitsbildes.

Zur Erklärung für die Muskelschmerzen ist zunächst die Ueberanstrengung heranzuziehen; wir haben aber auch das Recht von einer reflektorischen Myalgie zu sprechen. Bei der deformierenden Arthritis ist der Knorpel dasjenige Gewebe, das zuerst der Sitz der krankhaften Veränderungen wird; später breitet sich der Prozeß auf den Knochen aus. Wird nun selbst bei nicht bedeutender Inanspruchnahme während der Aktion des sonst gesunden Gelenkes eine degenerierte Knorpelpartie bis zur Grenze des elastischen Vermögens gedehnt, so daß eine Zusammenhangstrennung zustande kommen kann, so treten Schmerzen auf, die sich nach dem Mackenzieschen Gesetze den Nerven des entsprechenden Rückenmarksnerven mitteilen. Die Folge sind: Schmerzen, Muskelkontrakturen, unbewußte, oft blitzartige Immobilisierung.

Ausschlaggebend für die Entstehung der Kontrakturen und ausstrahlenden Schmerzen bei einer Gelenkerkrankung ist demnach der Umstand, daß die Erkrankung nur einen relativ nicht bedeutenden Teil der zum Gelenke gehörenden Gewebe ergreift, vor allem ein funktionell hochwertiges, wie den Knorpel. Die alte Benennung: „Riß“, die sich auf die subjektive Empfindung des Patienten stützte, ist nicht ganz unrichtig; nur handelt es sich um Knorpelschädigung, nicht um Muskelriß. Aehnlich ist die Steifheit und die Beweglichkeitsbeschränkung, die wir bei der deformierenden Lumbalspondylitis finden, mit Muskelschmerzen verbunden und durch die starke Anspannung der langen Rückenmuskeln bedingt. Gleichzeitig treten Ischias-Symptome auf. Myalgien und Ischias haben die gleiche Genese. (Interessant ist ein Vergleich der Arbeit des Autors mit den Erklärungen der schweizerischen Unfallärzte, wie Pometta, cf. Aerztl. Sachv.-Ztg. 1919). Dr. Mayer-Meisenheim.

Röntgenverbrennung im Krankenhause als mittelbare Unfallfolge. Rekurs-Entscheidung des Reichsversicherungsamts vom 20. April 1920. Kompaß; 1920, Nr. 15.

Die Berufsgenossenschaft hat an Prof. Dr. N. das Ersuchen gerichtet, den Kläger nochmals zu beobachten und zu untersuchen. Sie war auch damit einverstanden, daß Röntgenaufnahmen gemacht wurden. Mit diesem Auftrage übernahm die Beklagte dem Kläger gegenüber die Haftung für alle Schäden, die ihm aus Anlaß der Beobachtung durch Mängel des Krankenhauses oder der Behandlung entstehen konnten. Da die Röntgenaufnahmen lediglich im Rahmen des erteilten Auftrages zum Zweck der Klarstellung der Unfallfolgen erfolgt sind, sind die dabei erfolgten Verbrennungen mittelbare Unfallfolgen, die die Beklagte zu entschädigen verpflichtet ist. — Ganz abwegig ist die Ansicht der Beklagten, daß sie für den durch die Untersuchung entstandenen Schaden deshalb nicht verantwortlich sei, weil das Krankenhaus durch Versicherung gedeckt ist.

Der Genuß vom Werke gelieferten Büchsenfleisches und Vergiftung dadurch ist nicht als Betriebsunfall anzusehen. Rekurs-Entcheidung des Reichversicherungsamts vom 28. Mai 1920. Kompaß; 1920, Nr 16.

In Uebereinstimmung mit dem Oberversicherungsamt kann ein Zusammenhang des Todes des Bergmanns W. mit dem Genuß des von den Steinkohlenwerken gelieferten Büchsenfleisches infolge Fleischvergiftung für gegeben erachtet werden. Dagegen konnte in dem Genuß des Fleisches und der Gesundheitsschädigung durch dasselbe ein Betriebsunfall nicht erblickt werden. Nach ständiger Rechtsprechung des R.-V.-A. können diejenigen Verrichtungen, die die Arbeiter zum Zwecke der Befriedigung ihrer leiblichen Bedürfnisse an Speise und Trank vornehmen, im allgemeinen nicht mehr dem Betriebe zugerechnet werden. Gesundheitschädigungen durch verdorbene Speisen und Getränke sind deshalb in der Regel nicht als Betriebsunfälle anerkannt worden. Nur dann ist ausnahmsweise in solchen Fällen ein Zusammenhang mit dem Betriebe für gegeben erachtet worden, wenn der Verletzte bei Befriedigung der leiblichen Bedürfnisse besonderen, sich aus seiner Tätigkeit im Betriebe ergebenden Unfallgefahren ausgesetzt gewesen ist. Diese Voraussetzung ist aber im vorliegenden Falle nicht gegeben. Zunächst ist W. überhaupt nicht genötigt gewesen, das ihm zugewiesene Fleisch im Betriebe zu verzehren; außerdem ist die Verausgabung nicht etwa eine Lieferung oder Zulage der Grube zum Lohn gewesen, sondern ein Lebensmittelzuschuß, der den Bergarbeitern gegen Bezahlung zugewiesen ist. Diesen stand es völlig frei, den für sie bestimmten Zuschuß anzunehmen oder abzulehnen; sie konnten ihn der Familie oder Dritten überlassen. Aus alledem ergibt sich aber, daß hier das Betriebsinteresse gegenüber dem eigenwirtschaftlichen Interesse der Belegschaftsmitglieder völlig zurückgetreten ist.

Wenn nach den Versicherungsbedingungen Personen, die an einer Rückenmarkserkrankung leiden, von der Aufnahme in eine Unfallversicherung ausgeschlossen sind, dann ist der Versicherungsvertrag ungültig bezw. erlischt, falls später nach einem Unfall eine schon vorher

bestehende Rückenmarkserkrankung erst in Erscheinung tritt. Urteil pes Reichsgerichts (VII. Z.-S.) vom 13. Februar 1920.

Nervöse Störungen, die erst längere Zeit nach einem erlittenen Schrecken entstehen, können nicht auf diesen zurückgeführt und den Verursacher des Schreckens (Besitzer eines Hundes, der den Hund und später den Ehemann der Klägerin in ihrem Beisein angegriffen hat) nicht haftpflichtig dafür gemacht werden. Urteil des Reichsgerichts (IV. Z.-S.) vom 25. März 1920.

Völlige Lähmung beider Beine infolge eines Bruchs des Beckens und Kreuzbeins bedingt, auch wenn der Verletzte sich nur mit fremder Hilfe in halbsitzende Stellung aufrichten kann, keine volle Hilflosigkeit im Sinne des Gesetzes, so lange Arme und Hände freibeweglich sind und weder Stuhl noch Urin unfreiwillig abgehen. Eine Hilflosenrente von 80% des Jahresarbeitsverdienstes ist ausreichend. Rekurs-Entscheidung des Reichsversicherungsamts vom 20. Nov. 1919.

Lehrschwestern fallen erst dann unter die Angestelltenversicherung, wenn sie die Lehrzeit beendigt und die vorgeschriebene Prüfung bestanden haben. Rekurs-Entscheidung des Reichsversicherungsamtes vom 31. März 1919.

Tagesnachrichten.

Der **Reichstag** hat in seiner Sitzung vom 17. Dezember 1920 den **Gesetzentwurf über Ausführung des internationalen Opiumabkommens** angenommen mit der Maßgabe, daß dieses am 1. Januar 1921 in Kraft treten soll. Danach unterliegen Rohopium, Opium, Morphin, Kokain und Heroin sowie alle Salze dieser Stoffe und Zubereitungen mit mehr als 0,2 Morphin oder mehr als 0,1 Kokain und Heroin hinsichtlich ihrer Ein- und Ausfuhr, Herstellung und Verarbeitung sowie hinsichtlich ihres Verkehrs der behördlichen Aufsicht, die vom Reichsgesundheitsamt ausgeübt wird.

Durch Bekanntmachung des Reichsministers des Innern vom 11. Dezember 1920 ist der **Bezugspreis des Reichsgesetzblattes auf 90 Mark (bisher 1 Mark)** festgesetzt und gleichzeitig die bisherige unentgeltliche Lieferung des Blattes an die Behörden aufgehoben. Da den preußischen Kreisärzten, denen das Reichs- und Preußische Gesetzblatt bisher nach dem Min.-Erlaß vom 19. Dezember 1903 unentgeltlich geliefert ist, nicht zugemutet werden kann, daß sie den hohen Bezugspreis aus ihrem sowieso völlig unzureichenden Dienstaufwand bezahlen, ist der Staat verpflichtet, ihnen wie bisher das Reichsgesetzblatt auf seine Kosten zu liefern.

Zur Titelfrage. In **Bayern** haben jetzt die Regierungs- und Medizinalräte sämtlich den Titel Oberregierungsrat erhalten und sind den Landgerichtsdirektoren und Oberlandesgerichtsräten in der Besoldungsordnung gleichgestellt. Die Bezirksärzte, denen früher der Titel „Medizinalrat“ verliehen war, haben jetzt die Bezeichnung „Obermedizinalrat“ bekommen. Der Titel „Medizinalrat“ soll vorerst nicht mehr verliehen, sondern älteren und verdienten Bezirksärzten gleich der Titel „Obermedizinalrat“ gegeben werden.

Am 17. d. M. findet eine **Sitzung der erweiterten I. Abteilung des Landesgesundheitsamts in Sachsen** statt, auf der folgende Gegenstände zur Beratung kommen: 1. Einheitliche Regelung des Schularztwesens für den Freistaat Sachsen; Berichterstatter: Geh. Med.-Rat Prof. Dr. Thiele und je einer vom Unterrichtsministerium und Wohlfahrtsministerium zu ernennenden Mitberichterstatter. 2. Einführung von Deckbezeichnungen für Geschlechtskrankheiten von seiten der Aerzte auf den Krankenkassenscheinen. Berichterstatter: Prof. Dr. Galewsky und San.-Rat Dr. Findeisen. 3. Ein-

führung einer neuen Gebührenordnung in Sachsen. Berichterstatter: Ober-Reg.-Med.-Rat Dr. Oppelt, San.-Rat Dr. Findeisen. 4. Aussprache über Naturheilbewegung und ähnliche Bestrebungen. Berichterstatter: Dr. Neustätter. Außerdem stehen noch verschiedene Anträge einzelner Aerztekammern auf der Tagesordnung.

Die jetzt erschienene **Deutsche Arzneitaxe** für das Jahr 1921 bringt wiederum sehr wesentliche Erhöhungen und zwar nicht nur bei vielen Arzneimitteln, denen verhältnismäßig nur geringe Ermäßigungen gegenüberstehen, sondern auch bei den sog. Defekturarbeiten (Herstellung von Destillaten, Tinkturen usw.) und bei den Rezepturarbeiten. Außerdem ist die Nachttaxe auf 3 Mark erhöht und in den Einführungsverordnungen der einzelnen Bundesstaaten (z. B. in Preußen durch Min.-Erl. vom 27. Dez, 1920) den Apothekern die Befugnis gegeben, auf jede auf ärztliche Verordnung abgegebene Arznei einen Teuerungszuschlag von 80 Pf. zu erheben (bisher nur 40 Pf.). Ausgenommen davon ist jedoch die Abgabe von Arzneimitteln und Arzneien in gebrauchsfertiger Packung und von dem freien Verkehr überlassenen Arzneimitteln in unvermischtem und ungeteiltem Zustande.

Sprechsaal.

Anfrage des Kreisarztes Dr. H. in L.: 1. Ist die gutachtliche Aeußerung des Kreisarztes über Zulässigkeit einer Leichenausgrabung (§ 112 d. A.) stempelpflichtig?

Antwort: Nein, da es sich hier um ein sogenanntes Vorzeugnis handelt.

2. Stehen dem Kreisarzt für Prüfung von Begräbnisordnungen (§ 113, 2 d. A.) Gebühren zu?

Antwort: Nein; da diese Prüfung zu den unentgeltlich zu verrichtenden amtsärztlichen Obliegenheiten gehört.

Anfrage des Kreisarztes Dr. B. in V.: Muß für die Gebühren für öffentliche Impfungen sowie für die amtlichen Zeugnisse Umsatzsteuer entrichtet werden?

Antwort: Das hängt davon ab, ob die Ausführung der öffentlichen Impfung und die Ausstellung derartiger Zeugnisse zu den rein amtsärztlichen Obliegenheiten gehören oder eine vertrauensärztliche Tätigkeit darstellen wie z. B. in Preußen. Im letzteren Falle ist Umsatzsteuer zu entrichten, im ersteren nicht.

Berichtigung.

In dem zusammengefaßten **Bericht über die vorjährigen Vorstandssitzungen des Deutschen und Preußischen Medizinalbeamtenvereins** (siehe Nr. 18 dieser Zeitschrift, Jahrg. 1920) ist hinsichtlich der **Wiederwahl** (siehe S. 331) zu berichtigen, daß Herr Geh. Med.-Rat Dr. Straßmann in Berlin nicht zum stellvertretenden Vorsitzenden beider Vereine, sondern nur des Preußischen Medizinalbeamtenvereins und Herr Ober-Reg.-Med.-Rat Dr. Frickhinger in München zum stellvertretenden Vorsitzenden des Deutschen Medizinalbeamtenvereins gewählt ist.

Deutscher u. Preussischer Medizinalbeamtenverein.

Die Mitglieder des Deutschen und Preußischen Medizinalbeamtenvereins werden gebeten, etwa bevorstehende **Wohnungsänderungen** umgehend der **Geschäftsstelle der Zeitschrift (Buchdruckerei J. C. C. Bruns, Minden i. W.)** mitzuteilen, damit in der Zustellung der Zeitschrift mit Beginn des neuen Jahres keine Unterbrechung eintritt.

Mitteilung.

Mit dem 15. d. M. habe ich meinen Wohnsitz von Minden i. W. nach

Bad Lippspringe bei Paderborn

verlegt und bitte deshalb, künftighin alle Sendungen an mich nach dorthin zu richten.

Dr. Rapmund.

Geschäfts- und Kassenbericht des Deutschen Medizinalbeamtenvereins für das Jahr 1919.

Die Zahl der Mitglieder betrug am 1. Januar 1919: 1370; im Laufe des Berichtsjahres sind 30 Mitglieder gestorben 45 ausgetreten, 75 neu eingetreten, so daß die Mitgliederzahl am Schluß des Jahres die gleiche gewesen ist wie bei dessen Beginn. Von den Mitgliedern entfielen 760 auf Preußen, 326 auf Bayern und 284 auf die übrigen deutschen Staaten. Der Rechnungsabschluß stellt sich wie folgt:

a. Einnahmen

Mitgliederbeiträge	8972,—	M.	
Zinsen	500,—	„	
Sonstige Einnahmen	62,90	„	9534,90 M.

b. Ausgaben

Für Bezug der Zeitschrift	6223.60	„	
Beiträge an Vereine	107,—	„	
Kosten der Hauptversammlung u. Vorstandssitzungen	1443.50	„	
Die Unkosten für Porto u. sonst. Verwaltungskosten	1194,73	„	8968,83 „
Bleibt ein Ueberschuß von			566,07 M.

Das Vereinsvermögen betrug am 31. Dezember 1918 12597,67 Mark; durch Ueberweisung von 8000 Mark an die Rapmundspende hat es sich um diesen Betrag verringert und stellt sich somit am Schluß des Jahres unter Hinzurechnung des Ueberschußes von 566,07 Mark auf 5163,74 Mark.

Die Abrechnung ist nebst Belegen von den Herren Physikus Prof. Dr. Maes und Dr. Spaeth, Hilfsarzt des Hafenarztes in Hamburg geprüft und richtig befunden.

Der Vorstand des Deutschen Medizinalbeamtenvereins.

I. A.: Prof. Dr. Sieveking, Physikus in Hamburg,
Schrift- und Kassenführer.

Verantwortlich für die Schriftleitung: Prof. Dr. Rapmund, Geh. Med.-Rat in Lippspringe.
Druck von J. C. C. Bruns, Minden i. W.

34. Jahrg. Nr. 2 | 20. Januar 1921

ZEITSCHRIFT FÜR MEDIZINALBEAMTE

Zentralblatt

für das gesamte Gebiet der gerichtlichen Medizin und Psychiatrie, des staatlichen und privaten Versicherungswesens, sowie für das Medizinal- und öffentliche Gesundheitswesen, einschl. der praktischen und sozialen Hygiene.

Herausgegeben von
Prof. Dr. Otto Rapmund
Geh. Med.-Rat in Bad Lippspringe.

Offizielles Organ des Deutschen, Preussischen, Bayerischen, Sächsischen, Württembergischen, Badischen, Hessischen, Mecklenburgischen, Thüringischen und Braunschweigischen Medizinalbeamtenvereins.

Eine Beilage: Rechtsprechung und Medizinalgesetzgebung.

Bezugspreis für das Jahr: 30 M, durch die Post bezogen: 32 M.

VERLAG VON FISCHER'S MEDIZ. BUCHHANDLUNG H. KORNFELD,
Berlin W. 62, Keithstraße 5.

Dr. Schultz in Bamberg, Reg.-Apotheker Raum in Bayreuth; für Mittelfranken: Bezirksarzt Dr. Zorn in Erlangen, San.-Rat Dr. Stark, Stadtarzt in Fürth, Reg.-Apotheker Erhard in Nürnberg; für Unterfranken: Bezirksarzt Dr. Kihn in Würzburg, Reg.-Apotheker Forster in Karlstadt; für Schwaben: Landgerichtsarzt Dr. Heinsen in Augsburg, Reg.-Apotheker Auer in Augsburg.

Versetzt: Bezirksarzt Dr. W. Höfer in Parsberg nach Stadtamhof.

In den Ruhestand getreten: Bezirksarzt Dr. Rüdel in Schweinfurt.

Erledigte Stellen.

a. Preussen.

Die **nicht vollbesoldete Kreisarztstelle in Meppen** (Bewerbungen bis 1. Februar), ferner folgende vollbesoldete **Kreisarztstellen: Breslau, Stadt III, Halberstadt, Kiel, Wandsbeck, Celle, Burgsteinfurt, Siegen, Essen-Stadt, Siegburg, Düren. Nichtvollbesoldete Kreisarztstellen: Guben, Soldin, Glogau, Lauban, Wernigerode, Torgau, Uelzen, Schleusingen, Meschede,** Laasphe (Kr. Wittgenstein), **Brilon, Cassel Land, Homburg v. d. H.** sowie **zwei Gerichtsarztstellen** in der Stadtgemeinde **Berlin** und die **Gerichtsarztstelle in Duisburg.** Bewerbungen sind bis zum 15. Februar 1921 durch Vermittelung der für den Wohnort der Bewerber zuständigen Herren Regierungspräsidenten an den Minister für Volkswohlfahrt, Berlin W. 66, Leipziger Straße 8, einzureichen.

b. Bayern.

Die **Bezirksarztstelle in Schweinfurt.** Bewerbungen sind bei der für den Bewerber zuständigen Regierung, Abteilung des Innern, einzureichen.

c. Saargebiet.

Die **Kreisarztstelle in St. Wendel** (Saargebiet) und die **Bezirksarztstellen in Homburg und St. Ingbert** (Saargebiet). Bewerbungen sind an die Regierungskommission des Saargebietes, Abteilung Gesundheitswesen, Saarbrücken zu richten. Näheres siehe Anzeige.

34. Jahrg. **Zeitschrift** 1921.

für

MEDIZINALBEAMTE

Zentralblatt

für das gesamte Gebiet der gerichtlichen Medizin und Psychiatrie, des staatlichen u. privaten Versicherungswesens, sowie für das Medizinal- u. öffentliche Gesundheitswesen, einschl. der prakt. u. sozialen Hygiene

Herausgegeben
von

Prof. Dr. Otto Rapmund
Geh. Med.-Rat in Bad Lippspringe.

Offizielles Organ d. Deutschen, Preußischen, Bayerischen, Sächsischen, Württembergischen, Badischen, Hessischen, Mecklenburgischen, Thüringischen u. Braunschweigischen Medizinalbeamtenvereins

Verlag von Fischer's med. Buchhandlung H. Kornfeld
Herzogl. Bayer. Hof- u. K. u. K. Kammer-Buchhändler
Berlin W. 62, Keithstrasse 5

Nr. 2. | Erscheint am 5. und 20. jeden Monats | 20. Jan.

Kann die Revakzination wirklich nicht als Schutzimpfung gelten?

Erwiderung an Prof. Dr. Jürgens: Die Infektionskrankheiten, Springer, Berlin 1920.

Von Prof. Dr. Leonhard Voigt, Oberimpfarzt a. D., Hamburg.

Im Verlauf der ansteckenden Krankheiten vollzieht sich nach Jürgens der Umsturz des Organismus sehr schnell, und sind die nachherigen Krankheitserscheinungen wesentlich wohl ein Ausdruck immunisatorischer Vorgänge. Bei den Pocken entspricht das Initialfieber den vom krankmachenden Stoffe veranlaßten Allgemeinerscheinungen; das was später erfolgt, der allgemeine Pockenausschlag und die Herderkrankungen, sind nicht als bakterielle Vorgänge, sondern als sekundäre Störungen der Immunitätsperiode zu bezeichnen und die im Verlauf des Pockenausschlags sich heranbildenden immunisatorischen Vorgänge führen zu einer für immer dauernden Immunität. Die Impfreaktion ist ein sicheres Zeichen der konstitutionellen Eigentümlichkeit, die wir Immunität nennen. „Auch die Wiederimpfung verläuft als Immunitätsreaktion, sie kann nicht als Schutzimpfung gelten.“

Wie kommt Jürgens zu letzterem, unserer ganzen Pockenabwehr ins Gesicht schlagenden Ausspruch? Liefert die Wiederimpfung wirklich keinen Impfschutz, dann fort mit ihr! Jürgens Ansicht ist aber völlig unrichtig, unbegreiflich. Er unterscheidet zwischen einem auf Tiere nicht verimpfbaren, noch unbekannten, flüchtigen Pockenerreger, der das Initialfieber der Pocken veranlaßt, und dem unter Einfluß noch unaufgeklärter immunisatorischer Vorgänge sich im Pockenausschlag bildenden zellulären Gift. — Bisher nahm man an: Das flüchtige eingeatmete Gift vermehre sich an der Einbruchstelle, vermöge sich auf der Blutbahn zu verbreiten und in Haut und Schleimhäuten einzunisten. — Wie es damit auch sein mag, jedenfalls entwickelt sich aus dem in den Zellen des Pockenausschlags enthaltenen Gift, falls dieses auf Menschen weiterverimpft, inokuliert wird, das durch die Luft ansteckende Gift im Inokulierten aufs neue. Sind doch früher Inokulierte zum Ansteckungsherd neuer Pockenausbreitung geworden. In analoger Weise veranlaßt die Einatmung des Staubes gepulverten Kuhpockenstoffes nasopharyngeale Katarrhe. Ebenfalls in analoger Weise findet man den von Paschen, von Prowazek und anderen nachgewiesenen Pockenerreger in jeder jungen Pustel der Pocken und der Kuhpocken, oft in Reinkultur. Desgleichen enthält auch die gut ausgebildete Wiederimpfungspustel den die Immunität hervorrufenden Erreger in reichlicher Menge, nur daß er an dieser durch die noch von der Erkämpfung her nachwirkenden Immunitätskräfte frühzeitiger schwach wird, als in der Erstimpfungspustel. Nur der eigentliche Grund des Unterschieds zwischen dem Variola- und dem Vakzine-Erreger, und ob dieser in den während des Pocken- und des Vakzineprozesses sich anspinnenden immunisatorischen Vorgängen zu suchen ist, wie Jürgens zu meinen scheint, harrt noch der Erforschung. Von der Wesenheit des Erregers ist Jürgens leider noch nicht überzeugt, doch dürften seine Zweifel schwinden bei Berücksichtigung der nachweislichen Agglutinierung des Erregers durch Pockenimmunserum.

Früher, bis zur Einführung der Tierlymphe, hat man die Lymphe gut entwickelter Wiederimpfpusteln manchmal, und mit gutem Schnitt- und Schutzerfolg, zur Impfung, insbesondere zu Heeresimpfungen, benutzt. Dabei ist das bis dahin von den Pocken heimgesuchte Heer von dieser Krankheit frei geworden und geblieben. Der in den Wiederimpfungspusteln vorhandene Erreger ist also mit der Lymphe solcher Pusteln wirksam verimpft worden und hat geschützt.

Unzählige Erfahrungen bestätigen die Schutzkraft der Wiederimpfung. Erst durch ihre Mitwirkung sind, selbstverständlich unter Mithilfe der sonstigen gesundheitlichen Maßnahmen, die glänzenden Erfolge unserer Pockenabwehr in Deutschland gewonnen, Erfolge, die in der ganzen Welt anerkannt sind. Erst 43 Jahre nach Einführung der Wiederimpfpflicht ist es in Deutschland, mitten im furchtbarsten Kriege,

im Jahre 1817, infolge immer aufs neue stattfindender Einschleppung des Kontagiums aus verseuchtem Feindesland zu ein paar Tausend Pockenfällen gekommen, aber auch da ist die Seuche, überall wo sie sich zeigte, durch Impfung und Wiederimpfung sofort unterdrückt. Vor Jenner gehörten die Pocken zu den furchtbarsten Kriegsseuchen. Nicht das Jahr 1911, sondern die noch vor Durchführung der Wiederimpfung nach dem Kriege von 1870/71 Europa überflutende furchtbare Pockenwelle von fast 4jähriger Dauer erinnert an die Zeit vor Jenner. Früher als die Pockenimmunität schwindet der durch Impfung erworbene sichere Schutz, wenn er auch über Jahrzehnte ungenügend nachwirkt. Der in der Kindheit erworbene Schutz der Erstimpfung gegen Pockengefahr muß nach etwa 10 Jahren und auch in späterem Leben durch abermalige Wiederimpfung erneuert werden, das ist als bewährt gefunden worden.

Zu seiner gänzlichen Verkennung des Wertes der Wiederimpfung ist Jürgens vermutlich gekommen durch seine Beobachtungen an den im Heilsberger Lager monatelang zusammengepferchten wolhynischen Rückwanderern. Diese in Rußland aus Haus und Hof Vertriebenen hatten jenseits unserer Grenze die ärgsten Entbehrungen erduldet, Krankheiten über Krankheiten durchgemacht, brachten auch die Pocken mit über die Grenze ins Lager, blieben weiter verseucht, und mußten auch die üblichen 3 Schutzimpfungen durchmachen. Nicht zu verwundern ist es, daß diesen in pockenverseuchten Baracken zusammenhausenden, gänzlich ausgemergelten und dürftig ernährten Menschen nur wenig Widerstandskraft gegen Kontagien und auch gegen die Pocken innewohnte. Von den 374 Insassen der dortigen infizierten Baracken sind 115 an den Pocken erkrankt. Von 322 Geimpften bezw. Wiedergeimpften wurden 93 befallen, darunter manche in noch jungen Jahren, einige sogar ziemlich ernsthaft krank. Gestorben ist kein Geimpfter, aber mehrere ungeimpfte Kinder starben an den Pocken. Von den 23 Ungeimpften sind 17 erkrankt. Außerdem bekamen noch 5 von 29, die früher die Pocken schon durchgemacht hatten, diese Krankheit jetzt zum zweitenmal, ein Fall verlief tödlich. Das Contagium hat also ganz ungewöhnlich um sich gegriffen, denn zweite Pockenerkrankungen kommen sonst nur ganz selten vor. Beobachten wir doch ähnliches Versagen von Immunität und Widerstandskraft gelegentlich, wenn Krankenhausinsassen von immer neuen Kontagien ergriffen, geschwächt und hinweggerafft werden. Die Dauer und die Verläßlichkeit des Impf- und Wiederimpfschutzes hängt zwar ab von der Güte des verwendeten Impfstoffes und von der Reichlichkeit seiner Verwendung, aber auch von der körperlichen Beschaffenheit der Geimpften. Elende Menschen sind gegen Krankheiten nur schwach geschützt und, wer sich der Ansteckung, wie in Heilsberg, immer aufs neue aussetzt, darf sich nicht wundern, wenn er schließlich befallen wird. Der durchschnittliche Wert

der Revakzinationsimmunität bleibt gleichwohl anerkanntermaßen unbestreitbar hoch.

Auch die von Jürgens aufs neue aufgeworfene Frage nach der Zahl der zur Erzielung des Impfschutzes erforderlichen Impfschnitte, deren nur einer für den Impfling am wenigsten unbequem sei, ist oft genug und immer wieder beantwortet worden. Vor 60 Jahren impfte man mit 18 Impfstichen, auf jeden Arm 9. Seit dem Uebergang von der Impfung auf nur einen Arm mit 6 zu nur 4 Impfschnitten scheint der Impfschutz Deutschlands etwas gesunken zu sein. Nachgewiesenermaßen kann man sagen, je mehr und je deutlichere Impfnarben, je weniger vollständig der Erfolg der späteren Wiederimpfung und je sicherer auch der Schutz gegen spätere Pockenerkrankung. Peiper z. B. (Klin. internat. Rundschau 1891, 43) berichtet, seine mit 13 Impfnarben behafteten Zwölfjährigen seien mit einem Erfolg von 31,2 %, die mit 2 Impfnarben mit 66 % Erfolg revakziniert. Hanna (Studies in Small pox, Bristol, 1913, J. Wright) erklärt in seiner vorzüglichen, auf Grund der Pockenepidemien in London und Liverpool aufgebauten Arbeit, je deutlicher und reichlicher die Impfmarken, je seltener und je milder später die Pocken. Hanna hebt besonders die Bedeutung des Umfangs der Narben hervor, doch lasse sich das nur bis zum 30. Lebensjahr verwerten, weil die Narben später mehr verschwänden. — Wird überhaupt irgendwann die Impfung mit nur einem Impfschnitt irgendwo erwähnt, so wird jedesmal auf die mindere Schutzkraft und kürzere Schutzdauer solcher Impfweise hingewiesen.

Jürgens betont es, daß die Bürgschaft für Erhaltung der Volksgesundheit bei den Aerzten liege. Die Aerzte dürften sich, als die berufenen Hüter der Volksgesundheit, die Führung nicht aus der Hand nehmen lassen. — Sehr richtig! Darum müssen, im Widerspruch mit Jürgens, die Aerzte immer wieder auf die zur Abwehr der Pockengefahr dringend nötige Impfung und Wiederimpfung hinweisen werden und der Staat hat die Pflicht, ihnen die hierbei nötige Handhabung das deutsche Impfgesetz und die sonstige Seuchenabwehrbestimmug in unveränderter Gültigkeit zu erhalten. Die Wiederimpfung erneuert den Schutz der Erstimpfung für längere Zeit. Eine abermalige wirksame Wiederimpfung bietet zu Pockenzeiten für ältere Leute die einzige verläßliche Erneuerung ihrer Immunität.

Ein Käfer als Schmarotzer beim Menschen.

Von Geh. Med.-Rat Dr. Friedrich-Landsberg (Warthe).

Ein hiesiger Fabrikbesitzer, von Jugend auf Käfer- und Schmetterlingssammler, stellte seit Juli wiederholt morgens bei seinen Kindern Hautverletzungen fest, die nur von Insektenbissen herrühren konnten. Wanzen, Flöhe, auch Ohrwürmer und Spinnen waren auszuschließen. Wohl aber wurden jedes-

mal in den Betten Stücke des Käfers Niptus hololeukos gefunden, der zweifellos der Urheber war. — Er ist nicht etwa, wie man aus dem Namen vermuten möchte, ganz weiß, sondern hellbraun; 2,5 mm lang; Hinterleib kugelig; Fühler und Beine sehr dünn und lang; er läuft sehr lebhaft. Vom Frühjahr bis in den Winter hinein fliegt er gern in die Wohnhäuser; er war z. B. noch Ende September häufig in der betreffenden Wohnung. Seine Larve ist durch Zerfressen von Woll- und Garngespinnsten schädlich geworden.

Neuordnung der medizinischen Staatsprüfung. Einordnung der Gerichtlichen und Sozialen Medizin unter Nr. VII (§ 46) der Prüfungsordnung für Aerzte vom 28. V. 1901.

Die Deutsche Gesellschaft für Gerichtliche und Soziale Medizin hat in Gemeinschaft mit dem Fachausschuß für Gerichtliche und Soziale Medizin an den deutschen Universitäten nachstehende Eingabe unter dem 8. XI. 1920 an das Reichsministerium des Innern gerichtet:

Unter § 47 der Prüfungsordnung für Aerzte vom 28. V. 1901 findet sich die Bestimmung, daß bei den einzelnen Prüfungsfächern, soweit solche vorhanden, ihre Beziehungen zur Gerichtlichen Medizin nicht unberücksichtigt zu lassen sind. Diese Bestimmung war hervorgegangen aus einem Kompromiß. Die Neuordnung der medizinischen Prüfung gibt Anlaß zur Erörterung der Frage, ob eine derartige Behandlung der Gerichtlichen und der mit ihr aufs engste verbundenen Sozialen Medizin der Bedeutung beider Fächer entspricht.

I. Begriff: Die Gerichtliche Medizin ist der Teil der Medizin, welcher die medizinische Kritik eines Rechtsanspruches lehrt, mag ein solcher durch einen Einzelnen im Zivilprozeß, z. B. bei einer Klage auf Unterhalt oder auf Entmündigung oder ähnlichem — oder im Strafprozeß durch den Staatsanwalt erhoben werden. Demgemäß gehören Untersuchungen des körperlichen Zustandes Lebender (nach Körperverletzung und ohne solche), Untersuchungen von Leichen gewaltsam und plötzlich Verstorbener, Untersuchungen sexueller Verhältnisse und Untersuchungen des Geisteszustandes zu dem täglich sich erneuernden Geschäftsbereiche des Gerichtsarztes.

Es kann nicht zweifelhaft sein, daß ein großer Teil des allgemein als Soziale Medizin bezeichneten Gebiets ohne weiteres zur Gerichtlichen Medizin gehört (Anspruch auf Unfallrente, Invalidenrente).

Nicht minder gehört hierzu aber auch die prophylaktische Medizin, welche zur Vorbeugung von Krankheit, zur Verhütung der drohenden Invalidität z. B. durch Alkoholismus, Verhütung der Verwahrlosung von Jugendlichen, Verhütung der Invalidität durch Einleitung eines Heilverfahrens, z. B. bei Tuberkulose, Verhütung der Kriminalität bei Psychopathen und geistig Abnormen usw. dient.

Wir sind hierbei wohl bewußt, daß Soziale Medizin und Soziale Hygiene voneinander scharf zu unterscheiden sind; letztere gehört der allgemeinen Hygiene, Soziale Medizin der Gerichtlichen Medizin zu. Soziale Medizin ist Einzelmedizin, die Soziale Hygiene ist Massen-Medizin. Letztere ist ein Teilgebiet der allgemeinen Gesundheitspflege. Sie untersucht z. B. den Alkoholismus als Volks-Krankheit und erörtert die Maßnahmen zu seiner Beseitigung im ganzen. Der Gerichtliche und Soziale Mediziner untersucht das angeblich trunksüchtige Individuum, stellt fest, ob Trunksucht oder eine andere Form geistiger Störung vorliegt, stellt weiter fest, ob für ein etwa begangenes Delikt der § 51 St. G. B. Anwendung findet und erörtert im Anschluß daran den Heilplan, wie er für den vorliegenden Fall angemessen ist.

Im übrigen wird sich eine Abgrenzung der Sozialen Medizin und der Sozialen Hygiene unschwer, entsprechend den örtlichen Bedürfnissen und den Neigungen der Dozenten, wie wir überzeugt sind, finden lassen.

II. Das Lehrgebiet der Gerichtlichen und Sozialen Medizin umfaßt gewiß die Gebiete, die der Spezialist, der Gerichtsarzt und der Sozialarzt (der vor allem Hygieniker sein soll) beherrschen muß. Wir sind aber weiter auch der Ansicht und vertreten sie mit allem Nachdruck, daß jeder Arzt die Grundlehren der Gerichtlichen und Sozialen Medizin beherrschen soll.

Der Unterricht in der Gerichtlichen Medizin soll den Mediziner zunächst bekannt machen mit der rechtlichen Stellung des Arztes, wie sie sich historisch entwickelt hat, mit Berufsgeheimnis, Berufsvergehen, Operationsrecht des Arztes, Operationspflicht des Verletzten, Kunstfehlern, Kurpfuscherei — wobei die strafrechtlichen Bestimmungen über Körperverletzung zu erörtern sind; im Anschluß daran sind die gesetzlichen Bestimmungen über Rechte und Pflichten des Arztes als ärztlicher Sachverständiger vorzutragen. Dazu kommt die Lehre vom gewaltsamen Tod. Jeder Arzt muß wissen, wie er den Tod oder den Scheintod festzustellen hat; es würde auch eine Lücke im allgemeinen ärztlichen Wissen darstellen, wenn er nicht über die Physiologie und Pathologie der Leichenzersetzung orientiert wäre (Mumifikation, Fettwachsbildung). Jeder Arzt kommt in die Notwendigkeit, einen Totenschein auszustellen; er muß deshalb auch die Zeichen des gewaltsamen Todes kennen. Mag auch die Klinik für manche gewaltsame Todesarten gewisse Anhaltspunkte erbringen, z. B. bei Patienten, die mit Schußverletzungen oder mit durch abnorme Temperaturen bedingten Veränderungen eingeliefert wurden, so kann sie dem Studenten naturgemäß doch nicht die zu einer Ausbildung notwendige Fülle und Vollständigkeit der Erscheinungen bieten. In einem Punkt versagt die Klinik in dieser Hinsicht vollkommen: und das ist bei der Lehre von der gewaltsamen Erstickung der Fall. Bedenkt man z. B., daß von 100 000 Lebenden 20 im Jahr durch Selbstmord zugrunde gehen, und bedenkt man ferner, daß 58% aller Selbstmörder Erhängte sind, so ergibt sich ohne weiteres, daß der ins Leben tretende Arzt, der einen Todesfall feststellen soll, wissen muß, wie eine Strangmarke aussieht, wann der Verdacht auf Beteiligung eines Dritten am Tode besteht usw. Da Personen mit Zeichen, die auf einen gewaltsamen Erstickungsversuch hindeuten, aber nur höchst ausnahmsweise in die Klinik kommen, so ist es naturgemäß, daß die Klinik quoad gewaltsame Erstickung dem Mediziner so gut wie nichts bieten kann, und daß demgemäß ein besonderer Unterricht erforderlich ist. Diesen aber erteilt die Gerichtliche Medizin.

Da zu dem in Frage kommenden Verbrechen im allgemeinen der dem Schauplatze am nächsten wohnende Arzt an erster Stelle hinzugerufen zu werden pflegt, so ergibt sich ohne weiteres auch die Bedeutung einer Mitwirkung des Arztes bei der Feststellung des Tatbestandes einer strafbaren Handlung.

Von den für den praktischen Arzt wichtigen Kapiteln aus dem Gebiet der sexuellen Verhältnisse erwähnen wir die sexuellen Perversitäten, die Feststellung der Anhaltspunkte für ein Sittlichkeitsverbrechen an Minderjährigen, Hermaphrodismus, Fruchtabtreibung und Kindesmord. Wie sich der praktische Arzt im Falle zweifelhafter Geschäftsfähigkeit, Zurechnungsfähigkeit, Testierfähigkeit usw. verhalten soll, lehrt die Gerichtliche Psychopathologie.

Der Arzt soll durch den Unterricht in der Sozialen Medizin eingeführt werden in die Wohlfahrtseinrichtungen, die der Staat geschaffen hat. Eine Einführung in die Reichs-Versicherungsordnung lehrt ihn die Begriffe der Krankheit und Arbeitsunfähigkeit im Sinne der Krankenversicherung, der Erwerbsunfähigkeit im Sinne der Unfallversicherung, der Invalidität, der Berufsunfähigkeit im Sinne der Angestellten-Versicherung kennen. Die Besprechung der Leistungen der Krankenversicherung gibt Gelegenheit, auf das Verhältnis der Aerzte zu den Krankenkassen, auf Schwangerenfürsorge, Prophylaxe der Fruchtabtreibung und des Kindesmordes, Säuglingspflege, Fürsorgeerziehung einzugehen und auf die einschlägigen Kapitel der Sozialen Hygiene hinzuweisen. Die Bestimmungen der Reichs-Versicherungsordnung bieten auch Gelegenheit, auf die Bekämpfung des Alkoholismus, der Tuberkulose an der Hand der Ge-

setze einzugehen und dem Arzt das für seine Praxis notwendige Rüstzeug zu zeigen.

Da die Tätigkeit des ärztlichen Praktikers im Sinne der Reichs-Versicherungsordnung häufig eine schriftlich begutachtende sein wird, so ist auch das Attestwesen zu erörtern (Glaubwürdigkeit ärztlicher Atteste, Strafbestimmungen, Form der Atteste und Gutachten usw.).

III. Historisches: Wenn wir heute eine Einreihung der Gerichtlichen und Sozialen Medizin in das medizinische Staatsexamen fordern, so müssen wir darauf hinweisen, daß beide Fächer ebenso wie die Hygiene Teil der öffentlichen Medizin, der alten Staatsarzneikunde sind. Die Staatsarzneikunde war früher Gegenstand des medizinischen Staatsexamens, ihre Erbin wurde die moderne Hygiene, die von der Staatsarzneikunde abgezweigt in das medizinische Staatsexamen überging. Die Gerichtliche Medizin ging bei dieser Abzweigung leer aus; nachdem ihr nun im Laufe der Entwicklung der Dinge die Standeskunde und die Soziale Medizin an die Seite getreten sind, und nachdem sie selbst eine gehörige Weiterentwicklung erfahren hat, ist es notwendig, die damals erfolgte Unterlassung wieder gut zu machen.

IV. Ausland: Im Gegensatz zu Deutschland ist in allen Kulturstaaten die Gerichtliche Medizin voll anerkanntes medizinisches Spezialfach bis auf den heutigen Tag geblieben. Sie ist im Ordinariat an den Universitäten und Gegenstand der Prüfung im Staatsexamen.

Va. Bedeutung der Gerichtlichen Medizin für die Rechtspflege. Die geordnete Rechtspflege kann und will die Mitwirkung des praktischen Arztes nicht entbehren. Der Herr Reichsminister der Justiz hat Gelegenheit genommen, seine Stellungnahme in folgendem zusammenzufassen:

Der Reichsminister der Justiz.

T. Nr. IIa 1087 Ki.

Im Anschluß an mein Schreiben vom 18. Februar d. J. IIa 318 Ki.

Die Eingabe Euer Hochwohlgeboren vom 25. Februar d. J. hat mir erneut Veranlassung gegeben, mit dem Preußischen Herrn Justizminister in Verbindung zu treten. Der Preußische Herr Justizminister hat mir mitgeteilt, daß sich die Frage der Neuordnung des medizinischen Studiums und der medizinischen Staatsprüfung noch im Stadium vorbereitender Erwägungen befindet, und daß von dem Preußischen Ministerium für Wissenschaft, Kunst und Volksbildung auch die Preußische Justizverwaltung bei allen einschlägigen Beratungen beteiligt werden wird. Der Preußische Herr Justizminister hat an die Mitteilung die Zusicherung geknüpft, daß er sich mit allem Nachdruck für eine gründliche Ausbildung des ärztlichen Nachwuchses auf dem wichtigen Gebiete der Gerichtlichen Medizin einsetzen werde. Ich werde nicht unterlassen, die weitere Entwicklung dieser für die Strafrechtspflege bedeutsamen Angelegenheit zu verfolgen und, soweit dies von hier aus geschehen kann, die preußische Justiz-Verwaltung in ihren Bestrebungen unterstützen. Im Auftrage gez. Zweigert.

Vb. Bedeutung der Sozialen Medizin für den sozialen Ausgleich. Es kann wohl keinem Zweifel unterliegen, daß der Arzt als unparteiischer Mittler zwischen dem einen Rechtsanspruch auf Grund der sozialen Versicherung erhebenden Einzelnen und den Trägern der Versicherung über die Grundlagen der Verhältnisse unterrichtet sein muß. Wenigstens das Skelett der Reichs-Versicherungsordnung und der wichtigsten Fürsorgegesetze muß ihm vertraut sein. Soziales Verständnis soll in ihm erweckt werden. Und so soll er auch über die Wohlfahrtseinrichtungen des Staates soweit unterrichtet sein, daß er den bei ihm Rat und Hilfe suchenden Patienten beraten oder ihn an die richtige Stelle zu weisen imstande ist.

VI. Stellung der medizinischen Fakultäten zur Gerichtlichen und Sozialen Medizin. Wir halten die Stellungnahme derjenigen medizinischen Fakultäten zu beiden Fächern, die darin gipfelt, daß sie obligatorisch gehört, im Staatsexamen aber nicht geprüft werden sollen, für verfehlt. Die Beschlüsse sind gefaßt, ohne daß ein Vertreter der Gerichtlichen und Sozialen Medizin gehört wurde. Der Student arbeitet für das Staatsexamen. Mögen ihn, zumal wenn der Dozent interessant vorträgt, beide Fächer auch inter-

essieren, — ein für die Praxis verwertbares Wissen wird er nur dann von der Hochschule mitbringen, wenn er in beiden Fächern geprüft wird. Das bedeutet keine Mehrbelastung des medizinischen Stundenplans. Lediglich muß gefordert werden, daß der Student das, was er in der Vorlesung gehört hat, sich so zum geistigen Besitztum macht, daß er die wichtigsten Lehren der Gerichtlichen und Sozialen Medizin weiß. Erst auf einer Unterschicht so erzogener Aerzte kann das Spezialistentum der Gerichts- und Sozialärzte aufgebaut werden.

VII. Zusammenfassung: 1. In Berücksichtigung der Tatsache, daß die Gerichtliche und Soziale Medizin Teile der öffentlichen Medizin sind — ebenso wie die Hygiene — beantragen wir, die Prüfung in der Gerichtlichen und Sozialen Medizin ebenso wie die Prüfung in Hygiene unter Gruppe VII der Prüfungsordnung für Aerzte anordnen zu wollen. Die Prüfung in der Gerichtlichen Medizin soll eine theoretische sein, diejenige in der Sozialen Medizin eine praktische mit Begutachtung eines Kranken verbundene. Wir empfehlen etwa folgende Fassung:

§ 46 der Prüfungsordnung enthält folgende Fassung:

VII. Die Prüfung in der öffentlichen Medizin umfaßt 2 Teile, die in der Regel innerhalb zwei aufeinander folgender Wochen zu erledigen sind.

In dem ersten Teile findet die hygienische Prüfung statt (wie bisher Absatz 1 und 2).

In dem zweiten Teil findet die Prüfung in der Gerichtlichen und Sozialen Medizin statt; sie ist an einem Tage zu erledigen.

Die Prüfung in der Gerichtlichen Medizin ist eine mündliche. In ihr hat Kandidat nachzuweisen, daß er über Rechte und Pflichten des Arztes, sowie über die wichtigsten Lehren der Gerichtlichen Medizin unterrichtet ist.

Die Prüfung in der Sozialen Medizin ist eine praktische; in ihr hat der Kandidat einen Kranken zu untersuchen und in einem Attest den von diesem erhobenen fraglichen Rechtsanspruch (Unfallrente, Invalidenrente usw.) gutachtlich zu würdigen.

2. Ferner bitten wir darum, bei einer Beratung über die medizinische Prüfungsordnung zugleich mit einem Vertreter des Reichsministeriums der Justiz und einem Vertreter des Preußischen Justizministeriums zugezogen zu werden, damit wir in der Lage sind, etwa auftauchende Fragen zu beantworten und Mißverständnisse zu klären.

Aus Versammlungen und Vereinen.

Bericht über die zweite Sitzung des Sächsischen Medizinalbeamtenvereins vom 18. Oktober 1920.

Die Sitzung fand im Hörsaal des pathologischen Instituts des Krankenhauses zu Dresden-Friedrichstadt unter dem Vorsitz des Geh. Med.-Rats Dr. Schmorl statt. Anwesend 39 Mitglieder.

I. Dr. Otto Neustätter: **Ueber Kurpfuscherei.** Der Vortragende griff aus dem weiten Gebiet nur einige augenblicklich besonders wichtige Teile heraus. Zunächst streifte er das üppige Wiederaufblühen der Reklamemittel seit dem Wegfall der Generalkommandoerlasse der Kriegszeit, so das Gichtesint, Raucherheil (Viktoria-Apotheke Berlin, hinter der der „Optiker" Ruhnke steckt), die Mittel des Pfarrer Neumann, Pfarrer Schmidt, des mit Dr. Uecker arbeitenden Pfarrers und Schulinspektors Fiedler, dann Cagusil (das „nach ganz besonderem Verfahren" hergestellte Calzium-Guajakol-Präparat „zur Einkapselung der Tuberkelbazillen", 50 in Papier gewickelte Tabletten zu 19,50 M.! und von der gleichen Firma: Schöbelwerke, Dresden, die sich jetzt auch an die Aerzte heranmacht, das Nähr- und Kräftigungspräparat „Viscitin" (Preis 16 M. für 250 g, also mehr als fünfmal so teuer wie Materna, aus dem es im wesentlichen besteht und das gewiß auch schon nicht ohne guten Nutzen verkauft wird), dann das Biomalz, das bei der seinerzeitigen Sachverständigenberatung im Kaiserlichen Gesundheitsamt besonders genannt wurde wegen seiner Ausnützung der Unwissenheit des Publikums durch falsche Prätentionen (jetzt aus Hafer hergestellt; Preis mehr als doppelt so hoch als das gleichwertige Malzextrakt)

usw. Er geht dann kurz ein auf die „Freiba" (Freie Vereinigung zur Bekämpfung unlauterer Anzeigen auf dem Heilmittelgebiet), eine Vereinigung von Interessenten, Presse und ähnlichen Korporationen, die, hervorgegangen aus den Gruppen, die seinerzeit für die Aufstellung der Geheimmittellisten im Kriege herangezogen wurden, auch jetzt noch eine Einwirkung auf Ausmerzung der schlimmsten Auswüchse des Geheimmittelwesens auszuüben versucht.

Auf die Kurpfuscherei übergehend erörterte dann der Vortragende deren eigenartigste Erscheinung in unserer Zeit: die Organisation des Kurpfuschertums in Entwicklung und gegenwärtigem Bestand. Seit es kein Pfuschereigesetz mehr gibt, sind die Heilgewerbetreibenden nach anfänglicher Anlehnung an die Gesundheits- und Naturheilvereine, in denen sie sich einen Rückhalt zu verschaffen verstanden — es handelt sich zum Teil um sehr ausgedehnte Vereinsorganisationen; der Verband der Vereine für naturgemäße Lebens- und Heilweise, die teils „Gesundheitsvereine" hießen, teils ihren Titel verständigerweise jetzt wieder dahin änderten, umfaßten etwa 130000 Mitglieder, der homöopathische Verein etwa gleich viele — zu Verbänden zur Wahrung ihrer „berechtigten Interessen" übergegangen. Unter dem Vorwand des Eintretens für die Freiheit der Wissenschaft und die Abwendung der Bedrohung „der medizinischen Knechtung des Volks" haben sie auch in maßgebenden Kreisen Widerhall gefunden. Dem „Zentralverband für Parität der Heilmethoden", der sich in dieser Richtung besonders hervortat, und in seiner Agitation und seinen Forderungen so maßlos geworden ist, daß sich die Naturheilkundigen von ihm schon abgewandt haben, konnte der Vortragende gerichtlich nachweisen, daß er unter falscher Flagge segelt und unlautere Elemente nicht nur nicht bekämpft, wie er in seinen Satzungen behauptet, sondern geradezu heranzuziehen sich bemüht hat. Von ihm gefördert, hat sich ein „Verband der Heilkundigen Sachsens" und ganz neuerlich ein „Verband der Heilkundigen Deutschlands" gebildet. Offenbar soll das den „Zentralverband für Parität der Heilmethoden" von dem Odium entlasten, daß er doch in Wirklichkeit auch nichts anderes als ein „Kurpfuscherschutzverband" ist, wie das auch gerichtlich erwiesen wurde. An dieser Charakteristik ändert auch die äußerlich den Eindruck wissenschaftlicher und objektiver Erörterung der Fragen erweckende Schriftenreihe über das Wesen der Kurierfreiheit nichts, für die er durch seinen wohlbezahlten Syndikus Dr. Krüger, der diese Stellung heimlich neben seiner Tätigkeit als Syndikus des volkswirtschaftlichen Verbandes ausübte und, während er den Aerzten und dem Reichsgesundheitsamt Prostitution und Fälschung der Statistik vorwarf, selbst zu verwerflichen statistischen Manövern über die Kurpfuscher die Hand bot — sich eine Reihe von Wissenschaftlern zu verschreiben wußte. Es handelt sich um Leute, die sich vorher mit dem Problem so wenig befaßt hatten, daß einer fragte: „Kurierfreiheit, was ist das eigentlich, handelt es sich etwa um Postkuriere?" Der „Präsident" des Verbandes, Gottlieb, zieht auch jetzt wieder in ganz Deutschland herum und hält überall Versammlungen ab gegen die Ausbeutung des Volkes durch die Medizin unter dem Ruf: „die persönliche Freiheit ist bedroht", wobei Resolutionen gegen das beabsichtigte Gesetz zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten mit dem Verbot der Behandlung durch Kurpfuscher gefaßt werden. Von dem Verband hat sich jetzt ein neuer „Rechtsschutzverband der Heilkundigen Deutschlands, Bund deutscher Volksärzte" abgespalten, dem nun seinerseits der Zentralverband vorwirft, daß er unlauteren Elementen Unterschlupf bietet. Das demagogische Treiben des „Zentralverbandes" dürfe man nicht gleichgültig hinnehmen, anderseits müsse man aber auch die Gegenströmungen gegen ihn beachten. Der Verband der Naturheilkundigen macht in seinem im 29. Jahrgang erscheinenden Organ (Naturärztliche Zeitschrift) nicht nur den Strich beruflicher Reinlichkeit gegen ihn, sondern lehnt auch einige seiner unsinnigsten Forderungen ab, die der Vortragende im einzelnen wiedergab, so z. B. daß die Approbation, die das Volk durch Vertrauen bekunde, und die Approbation durch Akademien gleichzustellen seien. Sie sind vielmehr der Ueberzeugung geworden, „daß der Einzelne wie der Staat ein Interesse daran — ja dieser sogar die Pflicht hat, dafür zu sorgen — daß nur nachgewiesenermaßen befähigte Elemente den Beruf der Krankenbehandlung ergreifen sollen. Ueber das Motiv zu dieser Stellungnahme möge man

denken wie man wolle, sie sei jedenfalls von Interesse und zeige vielleicht einmal einen gangbaren Weg für die Beseitigung der Auswüchse des Kurpfuschertums.

Der letzte Teil des Vortrags beschäftigte sich dann mit Vorschlägen für die Besserung des bestehenden Uebels der Kurpfuscherfreiheit, wie der Vortragende den jetzigen Zustand zu bezeichnen für richtig hält, da nicht das Kurieren, das eben Voraussetzungen hat, sondern das Kurpfuschen vollommen frei gegeben ist. Der Vortrag war begleitet von der Vorlage eines reichen Materials gegnerischer „wissenschaftlicher Broschüren", Kampfschriften offizieller Organe, anderseits der wichtigsten neueren Literatur über das Kurpfuscherproblem, von der außer dem „Gesundheitslehrer" die zusammenfassende Arbeit Med.-Rat Dr. Kantors: „Freie Bahn allen Kurpfuschern" mit einem Vorwort des Vortragenden, erwähnt sei.

(Eigenbericht.)

II. Prof. Dr. Arnsperger: **Ueber Malaria.** Der Vortragende erörtert die Bedeutung der Malaria für Deutschland. Die Befürchtungen der Malariakenner, daß die Malaria sich nach Rückkehr der erkrankten Feldzugsteilnehmer in Deutschland ausbreiten könnte, haben sich glücklicherweise nicht bestätigt. Dies ist teilweise auf die schon vor dem Kriege erfolgte Sanierung der Malariagegenden, teils auf die energische Bekämpfung während des Kriegs, teils auf die geordnete Rückkehr der in den Malarialändern zurückgehaltenen Kriegsgefangenen, zumeist aber darauf zurückzuführen, daß die Bedingungen für die Entwicklung des Krankheitserregers und der Krankheitsüberträger in Deutschland ungünstig sind.

Das Vorkommen der Malaria in Deutschland und anderen Ländern, die Entwicklung der Malariaparasiten, die Pathologie der Erkrankung mit Rücksicht auf die Erkennung latenter Malaria werden besprochen. Gestreift wird die Frage der Einheitlichkeit aller Malariaformen, gegen die gewichtige Gründe und Experimente sprechen. Eingehender wird die Begutachtung der Malariakranken und die Grundsätze, die bei der Begutachtung festgehalten werden müssen, unter Anführung von Beispielen besprochen. Namentlich wird auch die Provokation latenter Malaria und ihre Bedeutung für die Begutachtung erörtert.

Unter den Bekämpfungsmethoden werden die Maßnahmen besprochen, die dazu dienen, die Plasmodienträger für ihre Umgebung unschädlich zu machen, namentlich die Frage der Anzeigepflicht und der Chininprophylaxe; ferner die Maßnahmen zur Bekämpfung der Ueberträger, Mückenvernichtung und Bodensanierung.

Auf die Notwendigkeit der Belehrung der Bevölkerung wird hingewiesen und die Erfolge der Malariabekämpfung, wie sie in verschiedenen Ländern und an verschiedenen schwer bedrohten Plätzen, namentlich bei den großen Kanalbauten erzielt wurden, mitgeteilt.

Die Malaria verdient auch bei geringer Ausbreitung Beachtung, weil sie die Volkskraft schädigen kann. Die Erfolge, die bei ihrer energischen Bekämpfung erzielt werden, lassen die Hoffnung zu, daß auch eine energische Bekämpfung der für uns noch wichtigeren Volksseuchen wie Tuberkulose und Syphilis Erfolge haben wird. (Eigenbericht.)

Diskussion: Herr Holz befürwortet auf Grund seiner Beobachtungen in Leipzig die Aufnahme der Malaria unter die anzeigepflichtigen Krankheiten wenigstens für eine Zeit, damit festgestellt wird, wieviel Malariaerkrankungen vorhanden sind.

Herr Pötters: Die Krankenkassen Leipzigs melden vierteljährlich 30 bis 40 Fälle. Die Chininkur sei hier immer im Sommer von Juni bis September nötig.

Herr Weber: Der Bundesstaat Württemberg habe die Anzeigepflicht bei Malaria eingeführt; die anderen Bundesstaaten hätten sich im Reichsgesundheitsrat gegen die Anzeigepflicht erklärt. Mehr als die Anzeigepflicht sei vielleicht eine Umfrage bei den Aerzten zu empfehlen.

Herr Heyn: Die Anophelesmücke sieht anders aus, wenn sie an der Wand hängend von der Rückenfläche aus und anders, wenn sie an der Decke

hängend von unten betrachtet werde. Letzterenfalls erscheint sie wie ein eingeschlagener Nagel. An der Decke ist sie sehr häufig zu finden.

Herr Schmorl empfiehlt, die Aerzte des Landes durch die ärztlichen Bezirksvereine und das Korrespondenzblatt für die Anmeldung zu interessieren. Bei Sektionen fand er die Milz fibrös, bei Malaria tropica Hirnschädigungen durch Verstopfung der Kapillaren mit massenhaften Plasmodien. Die Verstopfung hatte zu Nekrosen geführt und zwar zu Herden, wie sie sich bei multipler Sklerose finden (Axenzylinder vorhanden, Markscheide fehlt). Durch solche Verstopfungen kamen blitzartige Todesfälle zur Beobachtung.

Herr Arnsperger stimmt zu, daß Anopheles verbreiteter ist, als man glaubt; sie sitzt besonders in dunklen Ecken. Durch Rundfrage bei den Aerzten werde die Verbreitung der Malaria am besten festgestellt werden können. A. empfiehlt zum Schluß, Malariakurse einzurichten bezw. die Teilnahme bei den in Hamburg abgehaltenen zu ermöglichen. Betreffs der Chininkuren sei zu bedenken, daß viele Kranke das Chinin nicht nähmen; solche Kuren müßten in den Krankenhäusern stattfinden, wo eventuell intramuskuläre Behandlung möglich wäre.

III. Reg.-Med.-Rat Dr. Kürbitz: **Ueber Testierfähigkeit und ihre gerichtsärztliche Bedeutung.** Vortragender bespricht zunächst die für die Testierfähigkeit geistesgesunder und geisteskranker Personen in Frage kommenden gesetzlichen Bestimmungen. Schon der Minderjährige kann nach Vollendung des 16. Lebensjahrs ohne Zustimmung des Vormunds ein öffentliches Testament errichten; ferner ist dieses gültig, wenn der Errichtende stirbt, noch ehe er entmündigt ist, oder wenn er die Aufhebung der Entmündigung mit Erfolg beantragt und zwischen Antrag und richterlichem Beschluß seinen letzten Willen aufgesetzt hat u. dergl. m.

K. geht sodann zur Erörterung der Frage über, welche Geisteskrankheiten erfahrungsgemäß vor allen Dingen bei der Anfechtung eines Testaments eine Rolle spielen. Zunächst ist es die Dementia senilis mit ihrer Gedächtnisschwäche, Kritiklosigkeit und ihren mannigfachen Wahnideen; ferner gehören hierher arteriosklerotische Schwächezustände, postapoplektische Demenz, präseniler Beeinträchtigungswahn usw. Die leichte Beeinflußbarkeit vieler Geisteskranker, die oft zu unangebrachten Testamenten führt, wird besprochen, desgleichen auch die Suggestion, die infolge der tiefgehenden geistigen Abhängigkeit von dem Hypnotiseur erheblich auf die letztwillige Verfügung einwirken kann.

Neben den psychischen Störungen können auch körperliche Schwächezustände die Willenskraft stark mindern zum Nachteil der gesetzlichen Erbberechtigten; sodann werden noch die Testamente von Sterbenden und von Selbstmördern erwähnt.

Für den ärztlichen Sachverständigen bieten sich nicht selten Schwierigkeiten dar, da er den Verstorbenen meist nicht gekannt hat, die Zeugenaussagen oft einseitig gefärbt sind und eine histologische Hirnuntersuchung wohl immer unmöglich ist. Manchmal gelingt es aber doch, durch unbeteiligte Dritte von allerlei krankhaften Erscheinungen zu hören, die das Wesen und die Eigenart des Testators in einem anderen Lichte erscheinen lassen als in früheren gesunden Tagen. Derartige Veränderungen werden besprochen. Bei öffentlichen Testamenten kann man auch auf den Eindruck des anwesenden Juristen und der Zeugen zurückgreifen, jedoch stets nur mit Vorsicht, da es sich um Laien handelt, die nur kurze Zeit mit dem Betreffenden zusammen waren.

Die Hinzuziehung des Hausarztes wird nicht empfohlen, da er langsam eintretende Veränderungen oft nicht wahrnimmt und da er ferner meist nicht von dem ärztlichen Berufsgeheimnis durch den inzwishen Verstorbenen entbunden ist.

Am Schluß werden noch einige wichtige Einschränkungen angeführt, die durch das Gesetz gegeben sind. Es handelt sich hierbei z. B. u. a. um die Aphasie, für die ein schriftliches Testament vorgeschrieben ist; kann noch „ja“ oder „nein“ geantwortet werden, so wäre es an sich denkbar, daß durch geschickt und vorsichtig gestellte Fragen des Juristen auch auf mündlichem Weg der letzte Wille des Betreffenden zu erfahren ist. Agraphie erfordert

ein öffentliches Testament und beide Anomalien zusammen bedingen Testierunfähigkeit, z. B. bei motorischer Aphasie mit Lähmung der rechten Hand, falls nicht die Fähigkeit vorliegt, mit der linken zu schreiben. Eine gewisse Härte dieser gesetzlichen Bestimmung ist unverkennbar, da die Intelligenz in derartigen Fällen oft gar nicht gelitten hat und ihr Bestehen durch einen ärztlichen Sachverständigen festgestellt werden könnte.

Taubstumme Personen können nur testieren, wenn sie lesen und schreiben können; im Hinblick auf die Tätigkeit eines Taubstummenlehrers hätten sich auch hier weitere gesetzliche Grenzen ziehen lassen.

Blinde sind im B.G.B. nicht genannt; jedenfalls können sie sich auch der Blindenschrift bedienen, da die Art der Schrift nicht vorgeschrieben ist.

(Der Vortrag erscheint ausführlich in der psychiatrisch-neurologischen Wochenschrift.) (Eigenbericht.)

Diskussion: Herr Leonhardt: Es kommt sehr selten vor, daß der beamtete Arzt vor Errichtung eines Testaments um ein Gutachten über den Geisteszustand dessen, der testieren will, ersucht wird. Viel häufiger handelt es sich um nachträgliche Feststellung der Geschäftsfähigkeit solcher Personen, die testiert haben. In einem ihm zur Begutachtung vorgelegten Falle war das Testament vor 48 Jahren errichtet worden. Häufig wird auch von den Angehörigen ein Antrag auf Entmündigung gestellt, um ein Testieren zu verhindern oder bei schon errichtetem Testament möglichst bald eine einwandfreie Feststellung über die Geschäftsfähigkeit des Testators zu haben, auf Grund deren dann später das Testament angefochten werden kann. Wenn noch kein Testament vorliegt, ist es gleichgültig, ob eine Entmündigung wegen Geistesschwäche oder Geisteskrankheit erfolgt, da in beiden Fällen ein Testieren unmöglich ist. Anders liegt der Fall, wenn es sich um nachträgliche Ungültigkeitserklärung schon errichteter Testamente handelt. Ein schon errichtetes Testament kann nur auf Grund von § 104, Z. 2, B. G. B.'s angefochten werden. d. h. der Gutachter muß bescheinigen, daß der Testator bei Errichtung des Testaments vollkommen geschäftsunfähig war. Ist eine Entmündigung wegen Geisteskrankheit erfolgt, so ist es in der Regel nicht schwer, nachträglich eine vollkommene Geschäftsunfähigkeit für die Zeit der Errichtung des Testamentes nachzuweisen. Ist jemand aber nur wegen Geistesschwäche entmündigt (also nur für beschränkt geschäftsfähig erklärt), so wird dem Gutachter immer entgegengehalten: Wie kann jemand bei Errichtung des Testamentes — also Wochen, Monate oder Jahre vor seiner Entmündigung wegen Geistesschwäche — vollkommen geschäftsunfähig gewesen sein, der beim Zeitpunkt der Entmündigung in seiner Geschäftsfähigkeit nur beschränkt war? Es empfiehlt sich deshalb in solchen Fällen dann, wenn der Geisteszustand eines zu Entmündigenden es zuläßt, auf eine Entmündigung wegen Geisteskrankheit im Sinne des § 6, B. G. B.'s zu kommen, da in diesem Falle keine Schwierigkeit entsteht, jemand nachträglich für geschäftsunfähig im Sinne des § 104, Z. 2 zu erklären; fällt doch ein wegen Geisteskrankheit Entmündigter unter den gleichen § 104 B. G. B.'s und zwar unter Z. 3. (Eigenbericht.)

Herr Ilberg klagt darüber, daß die zur Entgegennahme des Testaments Schwerkranker erscheinende Gerichtskommission die Geschäftsfähigkeit des Testierenden oft nur nach ungenügender, meist nur auf Suggestivfragen beruhender Unterredung bescheinigt. Wenn Kläger wie Beklagte den behandelnden Arzt von der Schweigepflicht befreien, ist seiner Meinung nach die Auskunft des behandelnden Arztes über den Zustand des Verstorbenen keine unbefugte Offenbarung von Privatgeheimnissen. — Gelegentlich schreiben rechtsseitig Gelähmte Spiegelschrift.

Herr Oppe: Oft ist es gar nicht möglich, daß sich derjenige, der das Testament übernimmt, in der zur Verfügung stehenden Zeit ein genügendes Urteil über die Geschäftsfähigkeit verschaffen kann. Deshalb können nur positive Zeugenbeobachtungen verwendet werden.

Herr Arnemann berichtet einen Fall, wo ein Mann mit fortgeschrittener Paralyse bei Uebergabe seines Testaments für geschäftsfähig erklärt wurde. —

Als Ort für die nächste Sitzung wird Bautzen in Aussicht genommen. Dr. Ilberg-Sonnenstein.

Kleinere Mitteilungen u. Referate aus Zeitschriften.

A. Gerichtliche Medizin.

Kritik der Theorien des Verbrühungstodes. Von Dr. Herm. Pfeiffer. Antrittsvorlesung, gehalten am 11. November 1919 bei Uebernahme der Lehrkanzel für allgemeine und experimentelle Pathologie der Universität Innsbruck. Wiener klin. Wochenschrift; 1919, Nr. 50.

Den sinnfälligsten Ausdruck für die Gewebemortifikation, die als örtliche Schädigung bei Einwirkung höherer Temperaturen eintritt, können wir an den roten Blutkörperchen feststellen, die beim Durchströmen des Verbrühungsherdes abschmelzen, ihr Haemoglobin an das Plasma abgeben und so die Erscheinungen des Haemoglobinaemie und Methaemoglobinaemie beim Verunglückten bedingen. Der Blutverlust schwankt selbst in tödlichen Fällen von Verbrühungen um 2 %, liegt also weit unter jenen Grenzen, die bei Blutverlusten nach Verletzungen dem Leben bedrohlich werden. — Betrifft die Verletzung mehr als den vierten Teil der Körperoberfläche, so ist meistens ein tödlicher Ausgang unvermeidbar; kleinere Individuen (Kinder) sind noch empfindlicher als große. Schädigungen zweiten Grades, bei denen die Zirkulation im Verbrennungsherde erhalten bleibt, sind bei gleicher Ausdehnung gefährlicher, als solche, bei denen dieser durch Verkohlungen oder Thrombenbildung aus dem Kreislaufe ausgeschaltet wird. Die Zahl der weißen Blutkörperchen schnellt nach tödlichen Verbrennungen blitzartig in die Höhe, um später zu einer bis zum Tode zunehmenden Leukopenie zu führen. Die Gerinnungsfähigkeit steigt vorübergehend, um in tödlichen Fällen bis zum Tode abzusinken, was bis zur vollkommenen Gerinnungsunfähigkeit führen kann. Das peptolytische Ferment überschwemmt beim letal verbrühten Kaninchen die Blutbahn bis zum Tode. Der Serumtiter sinkt in ganz akut tödlich verlaufenden Erkrankungen unter die Norm, steigt aber bei längerem, tödlichem Verlauf sub finem an; dasselbe wird in der Rekonvaleszenz und in den mit dem Tode endenden Fällen beobachtet.

Von den Leichenbefunden sind hervorzuheben: Bei protrahierterem Verlauf findet man besonders bei Meerschweinchen und Kaninchen flüssigen Gefäßinhalt, Erweiterung der venösen Gefäße des Splanchnicusgebietes. Im Magendarmkanal des Pflanzenfressers regelmäßiger, beim Menschen- und Fleischfresser seltener diffuse Enteritis, massenhafte ekchymolische Geschwürsbildungen im Magen. In den ersten 24 Stunden findet man in den Harnkanälchen massenhaft Erythrozytenzylinder, die Reste der thermischen Blutschädigung. Die Nebennieren des Menschen und des Meerschweinchens weisen förmliche haemorrhagische Infarzierungen oder multiple kleine Blutungen auf.

Ueber das Wesen der thermischen Allgemeinschädigung kommt Verfasser zu folgender Anschauung: Was wir Verbrühungstod nennen, stellt einen Sonderfall aus einer großen Krankheitsgruppe dar. Sie hat das Gemeinsame, daß sie durch Selbstvergiftung des Körpers mit Schlacken des Eiweißstoffwechsels entsteht. Ueberall dort, wo durch Zugrundegehen großer Mengen von Körpereiweiß diese in großer Menge sich bilden oder zurückgehalten werden, daher die physiologischen Schutzvorrichtungen versagen, muß sich das wohl charakterisierte Bild der Eiweißzerfallstoxikose entwickeln. Bei verschiedenen Formen derselben, darunter auch bei der Verbrühung, wird die Blutbahn mit dem Moment des Einwirkens der Noxe mit großen Mengen eines eiweißspaltenden Fermentes überschwemmt. Es vermag nicht nur Eiweißabkömmlinge, sondern auch hochstehende Eiweißkörper abzubauen und wird teilweise von den Nieren mit dem Harn ausgeschieden.

Weitere Untersuchungen über die Quelle der Fermente, ob sie Abkömmlinge der thermisch geschädigten Körperzellen sind, über den Zusammenhang der Veränderungen der Nebennieren mit dem Eiweißzerfall sollen folgen.

Dr. Mayer-Meisenheim.

Arsenvergiftung. Von Dr. Klemperer. Sitzung des Aerztl. Vereins in Brünn vom 12. Januar 1920. Wiener klin. Wochenschrift; 1920, Nr. 34.

K. demonstrierte den Magen einer 28jährigen Frau, die am 10. Januar 1920 Arsen genommen hatte und am 14. Januar starb. Die Art des genommenen Präparates war nicht bekannt. Der Magen wies zum Teil tiefgreifende Aetz-

geschwüre auf. An der hinteren Wand des Magens waren 2 etwas seichtere Geschwüre, die nicht die ganze Dicke der Schleimhaut betrafen; der Grund dunkelbraunrot; die Umrandung scharf; ein drittes erschien wie ein ausgestanzter Defekt der Schleimhaut; am Grunde desselben war die Muskularis bloßgelegt. Die Schleimhaut des Fundus glatt und glänzend, gelbgrün gefärbt.

Dr. Mayer-Meisenheim.

Zur pathologischen Anatomie der Verschüttungen. Von Prof. Dr. L. Pick-Berlin, Prosektor des städtischen Krankenhauses in Friedrichshain. Aerztliche Sachverständigen-Zeitung; 1920, Nr. 2.

Das Kapitel der Verschüttungen ist durch die Erfahrungen des Krieges außerordentlich bereichert worden. Verfasser schildert einige wichtige und interessante anatomische Veränderungen bei und nach Verschüttung, und zwar als erste ischämische Nekrosen in der Muskulatur der Extremitäten, besonders der unteren, dann Veränderungen im Zentralnervensystem, bestehend in Blutergüssen der Hirnhäute, blutigen Zertrümmerungen und kleinen kapillären Blutungen in der Zentralnervensubstanz selbst, schließlich Risse der Milz.

Dr. Solbrig-Breslau.

Die gesetzliche Empfängniszeit. Von Dr. C. Ruge II. Aus der Universitätsfrauenklinik zu Berlin. Aerztliche Sachverständigen-Zeitung; 1920, Nr. 10.

Verfasser tritt der von ärztlicher Seite (Zangenmeister) aufgestellten Forderung, daß eine Verlängerung der gesetzlichen Empfängniszeit (302 Tage) auf Grund der gemachten Berechnungen an klinischem Geburtenmaterial im Interesse der außerehelichen Kinder geboten sei, entgegen. Er behauptet, daß die Geburt eines lebenden Kindes nach einer Empfängniszeit von mehr als 302 Tagen bisher in keinem Fall einwandsfrei nachgewiesen ist. Die bisher gesetzlich festgelegte Empfängniszeit sei als richtig zu bezeichnen. Er schlägt aber im Interesse des unehelichen Kindes eine Aenderung des § 1717 B.G.B. vor, wonach die veraltete Bestimmung der Exeptio pluriun beseitigt wird und als Vater des unehelichen Kindes derjenige gelten soll, der mit größter Wahrscheinlichkeit als Erzeuger in Betracht kommt.

Auch eine Aenderung der unteren Grenze der gesetzlichen Empfängniszeit hält Verfasser nicht für geboten.

Dr. Solbrig-Breslau.

Verletzung des Kindes bei der Geburt. Demonstriert von Dr. Rud. Neurath, offizielles Protokoll der Gesellschaft der Aerzte in Wien. Wiener klin. Wochenschrift; 1920, Nr. 8.

Das 6monatliche Kind war nach schwerer Zangengeburt, der die Mutter des Kindes zum Opfer fiel, asphyktisch zur Welt gekommen. Lineare Zangennarben finden sich am rechten Augenwinkel, tiefere am linken Unterkiefer. Es besteht Strabismus convergens. Keine Störung der Motilität und Reflexerregbarkeit der Gliedmaßen. Bemerkenswert ist aber besonders, daß das Kind weder weinen, noch Unlustgefühlen durch Schreien Ausdruck geben kann. Auf Nadelstiche zuckt es auf, ohne einen Laut von sich zu geben. Die körperliche und geistige Entwicklung ist normal. Der Autor nimmt an, daß durch Geburtstrauma (Zange), in dem die Phonation regelnden Hirnzentrum eine Blutung zustande gekommen sei.

Dr. Mayer-Meisenheim.

Bedeutung der mikroskopischen Untersuchung der Lunge eines 4½ Monate nach dem Tode exhumierten Neugeborenen für die Erkennung des Gelebthabens. Von Geh. Med.-Rat Dr Hoffmann, Gerichtsarzt und Dr. G. Strassmann in Berlin. Aerztl. Sachverständigen-Ztg.; 1920, Nr. 14.

Wenn auch in dem vorliegenden Fall nicht mit absoluter Bestimmtheit die mikroskopische Untersuchung der Lunge das Gelebthaben (bei negativem Ausfall der Lungenschwimm- und Magendarmschwimmprobe) erwies, so ist diese Untersuchung, die in jedem gerichtsärztlichen Institut ausführt werden kann, zur Ergänzung der Lungenschwimmprobe in schwer zu beurteilenden Fällen vorzunehmen, da damit brauchbare Resultate zu erzielen sind.

Dr. Solbrig-Breslau.

Isolierte Spontanruptur der Nabelvene. Von Dr. H. Kautsky. Geburtshilfliche gynaekologische Gesellschaft in Wien. Sitzung vom 10 Februar 1920. Wiener klin. Wochenschrift; 1920, Nr. 19.

In der Mitte der 38 cm langen Nabelschnur fand sich im Amnion ein 2 cm langer Längsriß, in dessen Grunde die Vene mit einem punktförmigen Loche lag. Trotz starker Blutung nach Austritt des Kindes war dieses nicht anaemisch. Der Autor weist auf die forensische Wichtigkeit des Falles wegen der Möglichkeit der Verblutung des Kindes hin. Dr. Mayer-Meisenheim.

Gasbazilleninfektion im Anschluß an einen Abortus. Demonstration im Verein Deutscher Aerzte in Prag. Von H. Marx. Wiener klin. Wochenschrift; 1920, Nr. 35.

Krimineller Abortus, der durch Einführung eines Schlauches bewerkstelligt worden war. Im Bereiche der linken Hälfte des Gebärmuttergrundes kugelige Vorwölbung mit verdünnter und an der Oberfläche von blutenden Dehiszenzen durchsetzten Wand. Die Hohlräume waren durch gasbildende Bakterien, nicht durch den Schlauch erzeugt. Methaemoglobingehalt des Harns und blutiger Flüssigkeit im Douglas, nicht des Blutes, waren ebenfalls hierauf zurückzuführen. Dr. Mayer-Meisenheim.

Das Menstruationsgift. Aus der Universitäts-Kinderklinik in Wien. (Vorstand Prof. C. Pirquet). Von Prof. Dr. Schick, Assistent der Klinik. Auszug aus dem in der Sitzung der Aerzte vom 23. April 1920 gehaltenen Vortrage. Wiener klin. Wochenschrift; 1920. Nr. 19.

Zur Zeit der Menstruation wird im Organismus ein Gift gebildet, das Blumen und Pflanzenteile anderer Art vernichtend schädigt. Dieses Gift kreist im Blute und wird mit dem Schweiß verschiedener Körperstellen und mit dem Menstruationsblute ausgeschieden.

In den Werken von Ploß-Bartels und v. Hovorka und Kronfels werden die Volksanschauungen über die giftigen Wirkungen des Menstrualblutes mitgeteilt. Nach einer Angabe von Prof. v. Groër in Lemberg werden in Berufen, die mit gefährdeten Gegenständen zu tun haben: Konservenfabriken, große Blumenhandlungen eigene Tabellen geführt, in denen die Menstruationstermine der Arbeiterinnen verzeichnet werden. An diesen Tagen dürfen sie zur Vermeidung von Schädigungen des Obstes oder der Blumen sich nicht mit diesen beschäftigen, sondern müssen andere Arbeiten verrichten. In der Aussprache wies der Pflanzenphysiologe Molisch auf die Schwierigkeit der Erklärung einer Einwirkung dieses Menotoxins auf die Pflanze hin, da die widerstandsfähige Kutikula eine Einwirkung von außen sehr erschwere Fischer gab geschichtliche Hinweise auf die Giftigkeit des Menstrualblutes. Thaler bemerkt, daß nach Imchanitzky-Ries mit der Menstrualblutung Arsen ausgeschieden wird. Der Menstruationsvorgang sei nichts anderes, als eine toxische Wirkung des sich in den Uterindrüsen stauenden, arsenhaltigen Sekretes auf das umgebende Gewebe. Nach Halban ist es schon seit länger bekannt, daß das Blut der Frau zur Zeit der Menstruation toxische Wirkungen besitzt. Neu ist, daß diese giftigen Stoffe auch durch die Schweißdrüsen in so intensiver Weise ausgeschieden werden und daß wir in den Pflanzen ein so feines Reagens für den Nachweis dieser Stoffe besitzen.

Dr. Mayer-Meisenheim.

B. Sachverständigentätigkeit in Unfall-, Invaliditäts- und Krankenversicherungssachen.

Posttraumatische Gelenktuberkulose. Von Dr. M. Jerusalem. Verhandlungen der Gesellschaft der Aerzte in Wien. Sitzung vom 19. Dezember 1919. Wiener klin. Wochenschrift; 1920, Nr. 1.

Ein 61jähriger Kutscher erlitt im Juni 1919 durch Sturz eine „Distorsion" der rechten Hand. Behandlung mit Heißluft und Massage; Trotzdem Verschlimmerung des Zustandes, Zunahme der Schwellung des Handgelenkes und der Schmerzen. Am 7. November: Versteifung des Gelenkes und der Finger; Abszeßbildung. Röntgenbefund: Konsumptionsherd im Os multangulum majus. Der Autor weist auf das außerordentlich häufige Auftreten der posttrauma-

tischen Gelenktuberkulose in unserer Zeit hin, das mit der allgemeinen Unterernährung und der größeren Tuberkuloseempfänglichkeit der Bevölkerung im Zusammenhang stehe. Bei jeder Gelenkverletzung und jedem Sehnenscheidenerguß muß man jetzt an die Möglichkeit einer latenten Tuberkulose denken. Mit Massage und Mechanotherapie müsse man, um Schaden zu verhüten, recht vorsichtig umgehen.

In der Aussprache bestätigst O. Frisch die Zunahme solcher Fälle. In bezug auf die Diagnose ist daran festzuhalten, daß bei rein traumatischen Ergüssen die Schmerzen allmählich abnehmen; wird der Prozeß fungös, so nimmt die Schmerzhaftigkeit, die zunächst abgeflaut war, allmählich wieder zu.

Dr. Mayer-Meisenheim.

Die funktionellen Harnblasenstörungen in ihrer Beziehung zur Erwerbsminderung und Rentenversorgung. Von Generalarzt a. D. Herhold-Hannover. Aerztliche Sachverständigen-Zeitung; 1920, Nr. 14.

Die eigentliche Harnblasen-Neurose, als Dauerinkontinenz und als vorübergehende Inkontinenz vorkommend, ist im allgemeinen nicht dazu angetan, Rentenversorgungsansprüche zu begründen. Dr. Solbrig-Breslau.

Der Verlust einer Niere infolge Betriebsunfalles bedingt nach eingetretener Gewöhnung höchstens noch eine Einbuße der Erwerbsfähigkeit von 10%. Von Geschäftsführer Dr. Köbke. Aerztliche Sachverständigen-Zeitung; 1920, Nr. 15.

Mitteilung eines Falles, bei dem durch Sturz eine Zerreißung einer Niere entstand, die operativ entfernt werden mußte. Es wurde zunächst eine Rente von 30% zugesprochen. Diese Rente wurde, da in der Folgezeit von einer Einbuße des Arbeitsverdienstes nicht mehr die Rede war, auf 10% (als Dauerrente) herabgesetzt. Von den Gutachtern hatte einer volle Erwerbsfähigkeit, ein anderer trotz Fehlens jeder Beeinträchtigung der Gesundheit eine Erwerbsbeschränkung von 30% angenommen. Dr. Solbrig-Breslau.

C. Bakteriologie und Bekämpfung der übertragbaren Krankheiten.

1. Pocken.

Die Alterssterblichkeit an Pocken vor Einführung der Impfung. Von Dr. Karl Kisskalt und Clara Stoppenbrink. (Hyg. Inst., Univ. Kiel.) Zeitschrift für Hygiene und Infektionskrankheiten; Bd. 90, H. 3, S. 478 bis 489, 1920.

Die über die Bevölkerungsstatistik der Stadt Königsberg i. Pr. im dortigen Staatsarchive verwahrten, für jene Zeit ungewöhnlich genauen Angaben für die Jahre 1773 bis 1803 ermöglichten es, einwandfreie Berechnungen über das damalige Verhalten der Blatternsterblichkeit anzustellen. Da die Blattern vor der Schutzpockenimpfung eine Kinderkrankheit waren wie heute Masern und Scharlach, wurden bei der Berechnung geschieden die Blatterntodesfälle in den Altersklassen unter und über 10 Jahren, und dann noch gesondert festgestellt nicht nur für jedes der 10 ersten Lebensjahre, sondern auch für den 1. Lebensmonat, das 1. und das 2. Lebensvierteljahr, sowie für das 2. Lebenshalbjahr.

Zunächst ergab sich, daß keines der 30 Jahre ohne einen Blatterntodesfall war, also die Krankheit niemals erlosch, während sie sich in 18, unregelmäßig aufeinander folgenden Jahren ungemein häuften. Diese Seuchenzeiten erstreckten sich nur zweimal auf 1 Jahr, zwölfmal auf 2 Jahre und einmal sogar auf 4 Jahre. Die Sterblichkeit der verschiedenen Altersklassen anlangend, erwies sich als am meisten gefährdet das 2. Lebensjahr, dann das 2. Lebenshalbjahr, dann das 3. Lebensjahr, dann erst das 4. und nun erst das 1., das 5., das 6. usw. — Relativ am wenigsten starben Säuglinge im 1. Lebensmonate, mehr im 1., noch mehr im 2. und noch mehr im 3. und 4. Lebensvierteljahre, und zwar in den letzteren zwei- bis dreimal so viele als im Beginne. Diese Erscheinung findet ihre Erklärung in der relativen, bei der Geburt bestehenden, aber bald abklingenden Unempfänglichkeit gegen Blattern, die auch

in der Unempfänglichkeit gegen Vakzine hervortritt, und anderseits in dem absichtlichen Fernhalten der Säuglinge von der Ansteckung. Die letztere Ursache macht sich auch in dem Umstande geltend, daß in den seuchenfreien Jahren wesentlich mehr ganz kleine Kinder starben als in den Seuchenjahren.

Ferner ergab sich, daß von 100 in einem Jahre Geborenen bis zu 14,9 %, im Mittel 11,4 %, vor Ablauf des 10. Lebensjahres an Blattern verstorben waren. — Die Zahl der in den einzelnen Jahrgängen Verstorbenen ist ziemlich ungleich. Sie ist stark davon abhängig, ob der betreffende Jahrgang schon in sehr jugendlichem Alter von einer Epidemie heimgeführt war.

Zu der Frage der Letalität und der Erkrankungshäufigkeit ließ sich aus den Zahlen nichts Genaues feststellen. Nimmt man an, daß jedermann im Kindesalter von den Blattern befallen wurde, so würde sich die Letalität bei der Verteilung auf die einzelnen Lebensklassen auf 10,9 % stellen. Nimmt man aber, wie Faust im Jahre 1798, an, daß nur 80 % während ihres Lebens erkrankten, dann würden es 15,6 % sein. Zwischen diesen beiden Zahlen dürfte die Letalität unter den damaligen Erkrankungsverhältnissen liegen. Dr. Risel-Halle a. S.

Tagesnachrichten.

Aus der preussischen Landesversammlung. In den Sitzungen vom 11. und 12. d. Mts. erfolgte die zweite Beratung des **Hebammengesetzes.** Der von der Regierung vorgelegte Entwurf hatte in dem Ausschuß für Bevölkerungspolitik eine vollständige Umarbeitung erfahren. Danach steht jeder Frau in Preußen Hebammenhilfe zu. Dazu gehört auch Versorgung der Wöchnerin im Wochenbett und der Neugeborenen sowie Beratung über die Pflege und das Stillen der Kinder. Zur Ausübung der Geburtshilfe sind nur Frauen berechtigt, die ein amtliches Prüfungszeugnis besitzen; ausgenommen sind Notfälle, wenn es nicht möglich ist, rechtzeitig eine Hebamme oder einen Arzt zuzuziehen. Die Hebammen werden als Bezirkshebammen angestellt. Die Provinzialverbände teilen auf Vorschlag der Land- und Stadtkreise das Gebiet der Provinzen in Hebammenbezirke ein. Sie stellen für jeden Hebammenbezirk die Bezirkshebammen durch Dienstvertrag an. Zunächst erfolgt die Anstellung probeweise auf zwei Jahre. Während der Probezeit steht dem Provinzialverband jederzeit das Recht der Kündigung zu. Nach endgültiger Anstellung kann das Dienstverhältnis von dem Provinzialverband nur in gewissen gesetzlich festgelegten Fällen gekündigt werden, u. a. auch deswegen, wenn die Hebamme durch einmalige grobe Nachlässigkeit oder sonst des Vertrauens sich unwürdig erweist, das ihr Beruf erfordert oder wenn sie dreimal innerhalb der letzten 10 Jahre wegen Mangel an Pflichteifer, wegen unwürdigen Lebenswandels, Berufsvernachlässigung oder ungleichmäßiger Berücksichtigung oder Behandlung der Hilfesuchenden durch die Kreishebammenstelle verwarnt worden ist oder wenn sie für ihre Hilfeleistung Forderungen stellt, und schließlich, wenn sie das 65. Lebensjahr vollendet hat. Ein weiterer Abschnitt des Gesetzes regelt die Pflichten der Bezirkshebammen. Die Bezirkshebamme muß in ihrem Bezirke wohnen und darf außerhalb dieses Bezirkes nur dann tätig sein, soweit ihr dies im Dienstvertrag ausdrücklich gestattet ist oder keine zuständige Bezirkshebamme rechtzeitig zugezogen werden kann. Die Hebamme ist zur Hilfeleistung in allen in ihr Fach schlagenden Fällen verpflichtet, unter Befolgung der vom Minister für Volkswohlfahrt erlassenen Vorschriften. In bezug auf Ausübung ihres Berufes unterstehen die Hebammen der Aufsicht des Kreisarztes. Das Diensteinkommen der Bezirkshebammen ist wie folgt geregelt: Die Bezirkshebamme erhält ein Grundgehalt von jährlich 3600 M., einen Zuschlag bis 100 % des Grundgehalts, dessen Höhe sich nach den Lebens- und Arbeitsverhältnissen richtet, die in dem betreffenden Bezirk herrschen, und schließlich erhält die Hebamme eine Vergütung für die einunddreißigste und jede folgende Geburt, bei der sie innerhalb eines Jahres Hilfe leistet. Die Vergütung beträgt bis zur fünfundsiebzigsten 30 M., für die sechsundsiebzigste und jede weitere 20 M. Den Bezirkshebammen steht ein Ruhegeld zu für den Fall der dauernden Berufsunfähigkeit oder nach Vollendung des fünfund

sechszigsten Lebensjahres. Die Zahlung der Gehälter usw. erfolgt für den Provinzialverband durch die Stadt- und Landkreise. Außer den Leistungen, die ihr das Gesetz und die Anstellungsbedingungen zugestehen, hat die Bezirkshebamme keinerlei Anspruch auf Vergütung. Die Erhebung oder die Annahme von Gebühren ist ihr untersagt. Weitere Bestimmungen regeln die Zahl der Hebammenstellen. Für jeden Stadt- und Landkreis ist mindestens eine Kreishebammenstelle einzurichten. Für jede Geburt ist an den Provinzialverband eine Gebühr zu zahlen, deren Höhe nach Anhören der Provinzialverbände, im Verordnungswege durch den Minister für Volkswohlfahrt im Einverständnis mit dem Finanzminister festgelegt wird. Die Gebühren sind so zu bemessen, daß mindestens drei Viertel der zur Besoldung der Hebammen notwendigen Beträge dadurch gedeckt werden. Sie sind abzustufen nach der Leistungsfähigkeit des Gebührenpflichtigen gemäß der Höhe seines Einkommens oder seines Vermögens und nach den örtlichen Verhältnissen.

Zu der Sitzung hatten sich sehr viele Hebammen, namentlich am ersten Tage, als Tribünenbesucher eingefunden und versuchten durch Beifalls- und Mißfallskundgebungen Einfluß auf den Gang der Verhandlungen auszuüben, so daß vom Präsidenten der Landesversammlung mehrfach mit Räumen der Tribünen gedroht werden mußte. Erreicht haben sie durch dieses Verhalten scheinbar das eine, daß der vom Abg. Dr. Brockmann (Welfe) mit Unterstützung des Zentrums und der rechten Seite gestellte Antrag auf Zurückweisung an die Kommision abgelehnt wurde, weil das Zentrum schließlich dagegen stimmte. Die darauf folgende Beratung, auf deren Einzelheiten einzugehen uns leider der Raummangel verbietet, gestaltete sich sehr lebhaft. Von den Rednern der Deutschnationalen Partei, der Deutschen Volkspartei, der Welfen und zum größten Teil auch des Zentrums wurde der Standpunkt vertreten, daß die Fassung des Gesetzentwurfes weder den Bedürfnissen des Volkes noch den Interessen der Hebammen entspreche und deshalb einer nochmaligen Durchberatung bedürfe, ein Standpunkt, der mehr oder weniger auch von dem Minister für Volkswohlfahrt geteilt wurde, der namentlich die Bestimmung bemängelte, daß die Provinzialverbände die Träger des Gesetzes sein sollten und außerdem die Ansicht vertrat, daß gerade die Verabschiedung dieses Gesetzes möglichst unter Zustimmung aller Parteien erfolgen sollte. Bei der Durchberatung und Abstimmung wurde dem Wunsche des Ministers auch insofern Rechnung getragen, als in § 5 die Einteilung der Hebammenbezirke einem Antrage des Zentrums gemäß den Stadt- und Landkreisen statt den Provinzialverbänden übertragen wurde, und diese demzufolge auch die Hebammen durch Dienstvertrag anzustellen haben. Außerdem wurde beschlossen, daß den der Hebammenhilfe bedürftigen Frauen die freie Wahl unter den Hebammen zustehen solle. In bezug auf das Diensteinkommen wurde ein Antrag der Unabhängigen sozialistischen Partei auf Erhöhung des Grundgehalts von 3600 M. auf 6000 M. unter Streichung der sonstigen Vergütung abgelehnt, dagegen auf Antrag des Zentrums die Vergütung für die ersten 75 Geburten von 30 auf 20 und für die weiteren von 20 auf 10 Mark herabgesetzt. Bei der Beratung kam es übrigens insofern zu einem Zwischenfall, als der Unabhängige Dr. Weyl den Regierungsvertretern Sabotage des Gesetzes vorwarf und dieser Vorwurf von dem Geh. Ob.-Med.-Rat Dr. Krohne als völlig aus der Luft gegriffen bezeichnet, mit aller Entschiedenheit zurückgewiesen wurde. Der Abg. Dr. Weyl verbat sich darauf, daß ein Regierungsvertreter sich gestatte, einen Abgeordneten wie einen Schulbuben abzukanzeln; die Parteien der Linken müßten gegen derartige Anrempelungen Protest erheben und würden sich erforderlichenfalls genötigt sehen, im nächsten Haushalt die Streichung des Gehalts für diesen Herrn vorzunehmen; d. h. die Regierungsvertreter haben alle Grobheiten wie Vorwürfe der Abgeordneten ruhig einzustecken und Gehaltsentziehung zu erwarten, wenn sie es wagen sollten, sich dagegen zu wehren. Hoffentlich wird der Ausfall der Wahlen im nächsten Monat den betreffenden Herren zeigen, daß ihre Bäume nicht in den Himmel wachsen, sondern sich im Gegenteil ein erhebliches Zusammenschrumpfen gefallen lassen müssen.

In der bis nach 12 Uhr nachts tagenden Sitzung vom 18. Januar wurde übrigens der Vorschlag des Präsidenten, noch die dritte Lesung des Hebammengesetzes vorzunehmen, abgelehnt. Damit ist seine Verabschiedung in der

diesmaligen Tagung der Landesversammlung ausgeschlossen, da sich diese am folgenden Tage vertagte. In der letzten Sitzung vom 14. d. M. erklärte übrigens der Minister für Volkswohlfahrt, er würde einen neuen Gesetzentwurf dem demnächstigen Landtage so rechtzeitig zugehen lassen, daß er noch zu dem im Aussicht genommenen Termin in Kraft treten könne. Außerdem wies er die Angriffe des Abg. Dr. Weyl gegen den Geh. Ob.-Med.-Rat Dr. Krohne als unbegründet zurück. Nach dem von ihm eingesehenen Stenogramm hätte dieser in seiner Erwiderung wohl einige Wendungen besser unterlassen können, der Abg. Dr. Weyl habe ihm aber in mehrfacher Hinsicht Unrecht getan und ihm namentlich ohne Grund Sabotage vorgeworfen.

In ihrer letzten Sitzung hat übrigens die **Preußische Landesversammlung** noch dem Gesetzentwurf betr. **Aenderung des Beamtenbesoldungsgesetzes** und Gewährung von Notzuschlägen zu den **Kinderbeihilfen** und des **erhöhten Ortszuschlages** an die **nicht fest angestellten Beamten** (z. B. Kreisassistenzärzte) ihre Zustimmung erteilt.

Die Gefängnis- und Strafanstaltsärzte von Groß-Berlin und des Rhein.-Westf. Industrie-Bezirks haben sich zwecks Erlangung gleichmäßiger Vertragsbedingungen vereinigt und beschlossen, eine **Vereinigung sämtlicher Gefängnisärzte** Preußens zu bilden. Die neuen Verträge sollen sich nach Verhandlungen mit dem Justizministerium im wesentlichen auf folgender Grundlage aufbauen:

1. Honorar: Es wird nach den Ortsklassen I bis V eine Jahres-Kopfpauschale von 20, 19, 18, 17, 16 Mark gezahlt. Auszahlung erfolgt entsprechend der durchschnittlichen wirklichen Belegung des vorhergehenden Vierteljahres.
2. Im Falle von Krankheit und Urlaub bis zur Dauer von einem Monat im Jahr erhält der Gefängnisarzt seine vertraglichen Gebühren weiter, und die Verwaltung zahlt dem vom Gefängnisarzt zu präsentierenden Vertreter Gebühren in gleicher Höhe.

Anmeldungen nimmt Med.-Rat Dr. Schreber, Gefängnisarzt, Berlin NO. 18, Landsberger Straße 92 entgegen. Der Jahresbeitrag ist auf 10 Mark festgesetzt und an Dr. Dorsch, Gefängnisarzt, Essen, Postscheckkonto Essen Nr. 2180 einzusenden.

Das Deutsche Zentral-Komitee zur Bekämpfung der Tuberkulose beabsichtigt zur Feier seines 25 jährigen Bestehens im Mai d. J. und zwar (in der Woche nach Pfingsten) einen 3 tägigen **deutschen Tuberkulose-Kongreß** zu veranstalten.

Von dem Vorsitzenden der **Verwaltungskommission der früheren internationalen Vereinigung gegen die Tuberkulose**, Dr. Bumm, Präsident des Reichsgesundheitsamtes geht uns nachfolgende Erklärung zur Veröffentlichung zu: „Die unterzeichneten, in Berlin wohnhaften deutschen Mitglieder der Verwaltungskommission der Internationalen Vereinigung gegen die Tuberkulose haben in einer am 9. Dezember 1920 stattgehabten Sitzung, nachdem sie von der in Paris erfolgten Begründung einer neuen Internationalen Liga zur Bekämpfung der Tuberkulose Kenntnis erhalten haben, ihrer Ueberzeugung dahin Ausdruck gegeben, daß die Internationale Vereinigung zur Bekämpfung der Tuberkulose als nicht mehr bestehend und demzufolge die Funktionen der erwähnten Verwaltungskommission und des General-Sekretärs als erloschen zu betrachten seien. Die unterzeichneten deutschen Mitglieder der früheren Internationalen Verwaltungskommission erklären demgemäß, daß der Schritt des ehemaligen General-Sekretärs, Prof. Dr. Pannwitz, welcher sich in einer „Tuberculosis, November 1920" betitelten und vor einigen Tagen versandten Drucksache neuerdings an alle Mitglieder der früheren Internationalen Ver-

einigung gewandt hat,[1]) ohne Wissen und gegen den Willen der Unterzeichneten erfolgt ist."

In bezug auf das Verhältnis der Aerzte zu den Krankenkassen hat die 17. Ordentliche Hauptversammlung des Verbandes der Aerzte Deutschlands am 18. Dezember 1920 einstimmig folgende Entschließung angenommen:

„Die Aerzteschaft weist die von den Krankenkasse in Berlin erhobenen schweren Vorwürfe als ungerechtfertigt zurück. Sie steht nach wie vor auf den Standpunkt, daß die Familienversicherung als dringendes Gebot der öffentlichen Gesundheitspflege alsbald eingeführt werden muß und daß die Beseitigung der kostenlosen ärztlichen Behandlung eine schwere Schädigung der Heilfürsorge bedeutet. Die von den Krankenkassenverbänden angestrebte Massenbehandlung in Kassenpolikliniken bringt angesichts der schwer darniederliegenden Volksgesundheit eine erhebliche Verschlechterung des jetzigen Zustandes mit sich."

Die Versammlung verlangt von allen Aerzten, daß sie das auf Grund der im Reichsarbeitsministerium getroffenen Vereinbarungen bestehende Vertragsverhältnis fortsetzen und neue Verträge auf dieser Grundlage schließen.

Zur Abänderung der RVO. wird vorgeschlagen:

1. In die Zwangskrankenversicherung sind alle wirtschaftlich Schwachen aufzunehmen.
2. Versicherungsrecht und Versicherungspflicht enden mit einem bestimmten Jahreseinkommen bezw. einem bestimmten Jahresarbeitsverdienst.
3. Für alle diese Personen ist die Familienversicherung einzuführen.
4. Den Versicherten und ihren Angehörigen muß die Wahl des Arztes grundsätzlich freigestellt werden.
5. Die Organisationen der Krankenkassen und Aerzte bilden
   a) Arbeitsgemeinschaften zur Erledigung aller gemeinsamen Angelegenheiten und zur Förderung der sozialen Gesetzgebung und der Gesundheitspflege;
   b) Einigungsausschüsse zur Vereinbarung der Bedingungen für die kassenärztliche Tätigkeit;
   c) örtliche Schlichtungs- und Schiedsinstanzen zur Schlichtung und Entscheidung von Streitigkeiten bei Vertragsverhandlungen;
   d) Ein Reichsschiedsgericht zur Revision von Schiedsgerichts-Entscheidungen.

Die deutsche Aerzteschaft ist überzeugt, daß durch die Einführung solcher gesetzlicher Maßnahmen der Friede zwischen Krankenkassen und Aerzten dauernd gesichert ist."

---

[1]) In diesem Rundschreiben hatte Prof. Dr. Pannwitz sich an alle Mitglieder der früheren internationalen Vereinigung gewandt, um die Tagung einer internationalen Tuberkulose-Konferenz im Frühjahr 1921 herbeizuführen, obwohl im Oktober 1920 eine Sitzung dieser Vereinigung in Paris stattgefunden und sich eine neue derartige Vereinigung gebildet hat, aber unter Nichtberücksichtigung von Deutschland. Die obige Erklärung bildet jedenfalls die richtige Antwort auf ein solches Vorgehen.

Mitteilung.

Dieser Nummer liegt das Inhaltsverzeichnis bei, worauf wir die Leser besonders aufmerksam machen.

Verantwortlich für die Schriftleitung: Prof. Dr. Rapmund, Geh. Med.-Rat in Lippspringe.
Druck von J. C. C. Bruns, Minden i. W.

34. Jahrg. Nr. 3 | 5. Februar 1921

ZEITSCHRIFT FÜR MEDIZINALBEAMTE

Zentralblatt

für das gesamte Gebiet der gerichtlichen Medizin und Psychiatrie, des staatlichen und privaten Versicherungswesens, sowie für das Medizinal- und öffentliche Gesundheitswesen, einschl. der praktischen und sozialen Hygiene.

Herausgegeben von

Prof. Dr. Otto Rapmund

Geh. Med.-Rat in Bad Lippspringe.

Offizielles Organ des Deutschen, Preussischen, Bayerischen, Sächsischen, Württembergischen, Badischen, Hessischen, Mecklenburgischen, Thüringischen und Braunschweigischen Medizinalbeamtenvereins.

Eine Beilage: Rechtsprechung und Medizinalgesetzgebung

Bezugspreis für das Jahr: 30 M, durch die Post bezogen: 32 M.

VERLAG VON FISCHER'S MEDIZ. BUCHHANDLUNG H. KORNFELD,
Berlin W. 62, Keithstraße 5.

INHALT.

Geschäftsstelle und Versand für die Mitglieder des Medizinalbeamtenvereins durch J. C. C. BRUNS, Buchdruckerei, MINDEN i. WESTF.

Alleinige Anzeigen-Annahme und verantwortlich für den Anzeigenteil: HANS PUSCH, BERLIN SW. 48, Wilhelmstraße 28.

Personalien.

Deutsches Reich und Preussen.

Ernannt: Die bisherigen außerordentlichen Professoren der gerichtlichen Medizin Geh. Med.-Rat Dr. Strassmann in Berlin und Dr. Nippe in Greifswald Prof. Dr. Pfeiffer, Direktor der Landesheilanstalt Nietleben und Privatdozent in der medizinischnn Fakultät der Universität Halle a. S. zum ordentlichen Professor.

In den Ruhestand getreten: Med.-Rat Dr. Becker, Kreisarzt in Hildesheim (Stadt- und Landkreis).

Gestorben: Wirkl. Geh. Rat Prof. Dr. Waldeyer in Berlin; Reg.-Rat Dr. Ungermann in Berlin, Abteilungsvorsteher im Institut für Infektionskrankheiten „Robert Koch"; Geh. Med.-Rat Dr. Mayer, Kreisarzt a. D.

in St. Goarshausen, Geh. Med.-Rat Robert Behla in Berlin, früher Leiter der Medizinal-Abteilung im Preußischen statistischen Landesamt.

Das **Befähigungszeugnis zur Verwaltung einer Kreisarztstelle** haben im Jahre 1920 nach Ablegung der Prüfung für Kreisärzte folgende Aerzte erhalten: Dr. Wilhelm Güth in Berlin-Tegel, Dr. Walter Gronemann in Düsseldorf, Dr. Hermann Ohm in Potsdam, Dr. Hermann Meyer in Stade, Dr. Richard Beckmann in Hannover, Dr. Franz Troegele in Saarbrücken, Dr. Hans Thiele in Berlin-Schöneberg, Dr. Ludwig Thilo in Chemnitz, Dr. Hans Biedermann in Jena, Dr. Maximilian Braunert in Berlin, Dr. Alfred Sommerfeld in Breslau, Dr. Walter Lustig in Bonn, Dr. Hans Betke in Berlin-Lichtenberg, Dr. Franz Klose in Wittenberge, Dr Karl Frehse in Halle a. S., Dr. Konrad Thorun in Königsberg i. Pr., Dr. Walter Plange in Dresden. Dr. Kurt Kleberger in Berlin, Dr. Hans Böker in Brockstedt, Sanitätsrat Dr. Johannes Ide in Amrum, Dr. Friedrich Rott in Charlottenburg, Dr. Friedrich Klages in Uchtspringe, Dr. Herbert Hartwich in Berlin, Dr. Kurt Rochs in Fürstenwalde, Professor Dr. Walter Fromme in Witten, Dr. Fritz Müller-Voigt in Weißenfels, Dr. Erich Rosenhain in Breslau, Dr. Ludwig Lemmer in Jena, Dr. Gustav Diering in Suttorf, Dr. Otto Hage in Düren (Rheinland), Dr. Ernst Schroeter in Frankfurt a. O., Dr. Theodor Helming in Ahaus (Westfalen), Dr. Erwin Loewy-Hattendorf in Berlin-Steglitz, Dr. August Wessling in Hildesheim, Dr. Erich Plenske in Charlottenburg, Dr. Edgar Krüger in Sondershausen, Dr. Ulrich Hammer in Berlin-Weißensee, Dr. Heinrich Pechstein in Berlin-Grunewald, Dr. Friedrich Prenzel in Berlin-Wilmersdorf.

Bayern.

Ernannt: Dr. A. Schröfel in Wertingen zum Bezirksarzt in Gemünden.

Versetzt: Die Bezirksärzte Dr. Adam in Ebersberg nach Wasserburg; Dr. Kerschensteiner in Neuenburg a. W. nach Stadtamhof. Die in voriger

(Fortsetzung der Personalien auf der 1. und 2. Seite der Anzeigen-Einlage.)


Dr. Oetker's
Urkraft
KELLHOFF AESKULAP
Dr. Oetker's
Eiweiß-Nahrung
Urkraft
ist natürliche, hochkonzentrierte
Vollnahrung
zur raschen
Kräftigung
Kranker,
Genesender,
Schwacher,
Kinder,
sowie werdender und stillender
Mütter.

Nummer der Zeitschrift mitgeteilte Versetzung des Bezirksarztes Dr. Höfer von Parsberg nach Stadtamhof ist zurückgenommen.

Auf Ansuchen ausgeschieden sind aus dem Obermedizinalausschuß: die Ob.-Med.-Räte Dr. Henkel, Bezirkarzt a. D. in Garmisch und Hofrat Dr. M. Wohlmuth in München; aus den Kreismedizinalausschüssen: die Ob.-Med.-Räte Dr. v. Dall'Armi, Bezirksarzt a. D. in München, Dr. Erdt, Landgerichtsarzt a. D. in München, Dr. Grahamer, Landgerichtsarzt a. D. in Landshut, Dr. Weber, Bezirkarzt in Kelheim, Dr. Alafberg, Bezirksarzt a. D. in Ludwigsburg, Dr. Zinn, Landgerichtsarzt a. D. in Bamberg, Dr. Federschmidt, Bezirksarzt a. D. in Nürnberg, Hofrat Dr. Landgraf in Bayreuth und Apotheker Höchstetter in Regensburg.

Baden.

Ernannt: Zu Mitgliedern des Landesgesundheitsrates für die Jahre 1921—1924: Die Ob.-Med.-Räte Dr. Kautzmann und Dr. Hummel, Ob.-Reg.-Rat Fehsenmeier, Prof. Höpfner, Bezirksarzt Med.-Rat Dr. Eberle, Frau Reg.-Rat Dr. Baum, Zahnarzt Dell, Baurat Droch und Apothekenbesitzer Dr. Lakemeyer, sämtlich in Karlsruhe, Geh. Rat Prof. Dr. Brühl, Oberbürgermeister Walz und Apothekenvisitator Dr. Weiß in Heidelberg, Med.-Rat Dr. Bauder, Bezirksarzt in Freiburg i. Brsg., Med.-Rat Dr. Wegerle in Mannheim, Bürgermeister Dr. Gugerle in Lörrach, Dr. Hennemann in Wächtersbach zum Bezirksarzt in Sinsheim.

Hessen.

Ernannt: Dr. Willmann in Bad Salzhausen, Amtsarzt bei den Kreisgesundheitsämtern Büdingen und Schütten zum Kreisarzt in Lauterbach, Dr. Griesmann, Privatdozent für Hygiene in Gießen zum ordentlichen Honorarprofessor in der dortigen medizinischen Fakultät.

Andere deutsche Länder.

Ernannt: Dr. W. Köhler-Tettau (Oberpfalz) zum Physikus in Saalfeld (Sachsen-Meiningen).

Erledigte Stellen.

a. Preussen.

Die vollbesoldeten Kreisarztstellen: Breslau, Stadt III, Halberstadt, Kiel, Wandsbeck, Celle, Burgsteinfurt, Siegen, Essen-Stadt, Siegburg und Düren; die nichtvollbesoldeten Kreisarztstellen: Guben, Soldin, Glogau, Lauban, Wernigerode, Torgau, Uelzen, Schleusingen, Meschede, Laasphe (Kreis Wittgenstein), Brilon, Cassel Land, Homburg v. d. H. sowie zwei Gerichtsarztstellen in der Stadtgemeinde Berlin und die Gerichtsarztstelle in Duisburg. Bewerbungen sind bis zum 15. Februar 1921 durch Vermittelung der für den Wohnort der Bewerber zuständigen Herren Regierungspräsidenten an den Minister für Volkswolfahrt, Berlin W. 66, Leipziger Straße 3, einzureichen.

b. Bayern.

Die Bezirksarztstellen in Parsberg und Neuenburg a. d. W. Bewerbungen sind bei der für den Bewerber zuständigen Regierung, Abteilung des Innern, einzureichen.

---

34. Jahrg. Zeitschrift 1921.
für
MEDIZINALBEAMTE

Zentralblatt
für das gesamte Gebiet der gerichtlichen Medizin und Psychiatrie, des staatlichen u. privaten Versicherungswesens, sowie für das Medizinal- u. öffentliche Gesundheitswesen, einschl. der prakt. u. sozialen Hygiene

Herausgegeben
von
Prof. Dr. Otto Rapmund
Geh. Med.-Rat in Bad Lippspringe.

Offizielles Organ d. Deutschen, Preußischen, Bayerischen, Sächsischen, Württembergischen, Badischen, Hessischen, Mecklenburgischen, Thüringischen u. Braunschweigischen Medizinalbeamtenvereins

Verlag von Fischer's med. Buchhandlung H. Kornfeld
Herzogl. Bayer. Hof- u. K. u. K. Kammer-Buchhändler
Berlin W. 62, Keithstrasse 5

Nr. 3. | Erscheint am 5. und 20. jeden Monats | 5. Febr.

Die Versorgung der Krankenanstalten mit Tageslicht.

Von Prof. A. Korff-Petersen, Abteilungsvorsteher am Hygienischen Institut der Universität Berlin.

Für das subjektive Wohlbefinden der in Anstaltspflege befindlichen Kranken spielt entschieden die Belichtung der Krankenräume eine wesentliche Rolle. Ein helles, freundliches Krankenzimmer wird wohl von allen Pfleglingen wohltuend empfunden werden und ihnen von vornherein ein gewisses Zutrauen zu der Krankenanstalt einflößen. Wird in einzelnen Fällen ein mehr gedämpftes Licht gewünscht, so läßt sich das leicht durch Anbringen von Vorhängen usw. herstellen. Eine über diesen psychischen Einfluß hinausgehende Wirkung des Lichtes darf man freilich nicht erwarten, wissen wir doch, daß die unmittelbar durch Lichtstrahlen hervorgerufenen Einwirkungen auf den Körper praktisch nur im Freien von Bedeutung sind. Ebenso ist im Zimmer eine desinfizierende Wirkung des Lichtes nicht zu erwarten.

Neben den sonstigen hygienischen Anforderungen, hinsichtlich Luftkubus, Feuersicherheit, Reinlichkeit usw. hat man bisher mit Recht der Bedeutung des Lichtes gebührend Rech-

nung getragen und bei Anlage von Krankenanstalten darauf gesehen, daß die Belichtung der Krankenräume eine möglichst gute uud reichliche sei. Die wirtschaftliche Notlage, in der wir uns zurzeit befinden, zwingt uns jedoch dazu, auch unsere Ansprüche an die Ausgestaltung der Krankenanstalten herabzusetzen: so sind durch Erlaß des Ministers für Volkswohlfahrt, betreffend Vorschriften über Anlage, Bau und Einrichtung von Krankenanstalten vom 30. März 1920 die bisher in Kraft befindlichen Vorschriften teilweise erheblich verändert worden. Der leitende Gedanke für diese Abänderungen war, „die infolge außerordentlicher Steigerung aller Löhne sowie der Kosten für Baustoffe usw. stark erschwerte Neuerrichtung bezw. Umgestaltung von Krankenanstalten unbeschadet der auch künftig zu beobachtenden dringenden hygienischen Forderungen zu erleichtern."

An Stelle der Klassifizierung der Krankenanstalten in kleine mit einer Höchstzahl von 50 Betten und große von mehr als 50 Betten ist die Einteilung in kleine Anstalten (bis zu 50 Betten), mittlere (50—150 Betten) und große (über 150 Betten) getreten. Dabei sind die früher nur den kleineren Anstalten zugebilligten Erleichterungen zum Teil auch auf die mittleren ausgedehnt. Die Erleichterungen in den allgemeinen Vorschriften bestehen darin, daß der geforderte Mindest-Luftkubus in mehrbettigen Räumen von 30 auf 25 cbm pro Bett und in einbettigen Zimmern von 40 auf 35 cbm ermäßigt ist. Ferner sind die Ansprüche an die Feuerfestigkeit der Treppenhäuser, die Zahl der Badezimmer, den Ausbau der Flure und Gänge herabgesetzt worden. Ebenso sind die Ansprüche an die Tagesräume ermäßigt. Hinsichtlich des Abstandes, den die Fensterwände derjenigen Krankenräume, die zum dauernden Aufenthalt von Kranken bestimmt sind, wird jetzt gefordert, daß sie von anderen Gebäuden mindestens 14 m statt früher 20 m entfernt sein müssen; für andere Räume darf diese Entfernung jetzt 9 (früher 10) m betragen. Der Bauplatz selbst ist mit durchschnittlich 75 statt früher 100 qm pro Bett bemessen. Um eine genügende Belichtung der Krankenräume zu gewährleisten, war im früheren Erlasse vorgeschrieben, daß vor den Fenstern der Krankenräume mindestens ein solcher Freiraum verbleiben müsse, daß die Umfassungswände und Dächer der gegenüberliegenden Gebäude nicht über eine Luftlinie hinausragen, die von dem Berührungspunkt der Frontwand mit dem Fußboden der Krankenzimmer aus unter einem Neigungswinkel von 30° zu der verlängerten Fußbodenlinie gezogen wird. Diese Forderung bedingte es, daß eine Krankenanstalt an einer bis zur Maximalhöhe bebauten Straße (in Berlin 22 m) mindestens 37,5 m vom gegenüberliegenden Gebäude entfernt bleiben mußte, oder falls man auf die zulässige Entfernung von 20 m an das gegenüberliegende Gebäude heranging, dieses nicht höher als höchstens 12 m sein durfte. Dabei gewährleistete diese Vorschrift doch keine genügende Belichtung der Räume, da auch

dann, wenn wirklich ein solches Himmelsstück frei bleibt, wie es die Vorschrift verlangt, doch bei Anlage von niedrigen Fenstern und großer Zimmertiefe in den hinteren Teilen der Krankenzimmer die Belichtung durchaus unzureichend sein kann. Der neue Erlaß will offenbar diese Mängel beseitigen. Er bestimmt infolgedessen: „Alle Krankenräume müssen durch unmittelbares Himmelslicht genügend erhellt sein. Diese Bedingung gilt als erfüllt, wenn auf jeden Punkt des Fußbodens ein Lichteinfallswinkel von mindestens 5° Höhe einwirken kann. — Die Scheitel der kleinsten Lichteinfallswinkel liegen in den vom Fensterlicht am weitesten entfernten Punkten des Fußbodens, während der obere Schenkel durch den Fenstersturz, der untere durch die den Lichteinfall behindernde Kante des gegenüberliegenden Hindernisses (Haus, Berg oder dergl.) bestimmt wird. — Sind die Nachbargrundstücke noch nicht so weit bebaut, als es die Bauordnung zuläßt, so ist bei Neubauten von Krankenhäusern vorzusorgen, daß obige Bedingung erfüllt bleibt." —

Bei der Bedeutung, die der Versorgung der Krankenanstalten mit Tageslicht zweifellos zukommt, muß bei dieser Gelegenheit untersucht werden, ob die Fassung der neuen Vorschrift auch eine wirklich ausreichende Tageslichtmenge verbürgt und anderseits, ob sie nicht zu weitgehende Forderungen stellt. Zunächst muß bemerkt werden, daß sich die neue Vorschrift einer bisher nicht üblichen Ausdrucksweise bedient. Unter Lichteinfallswinkel ist in diesem Falle nämlich weder das verstanden, was man in der Physik, noch das, was man in der Hygiene als Einfallswinkel bezeichnet. In der Hygiene versteht man hierunter den Winkel, den der einfallende Strahl mit der Fläche, auf die er fällt, bildet, den man freilich wohl besser als Elevations- bezw. Neigungswinkel bezeichnen würde, während man in der Physik das Komplement dieses Winkels als Einfallswinkel bezeichnet. In dem Ministerialerlaß ist aber offenbar derjenige Winkel gemeint, welcher der Differenz zwischen dem größten und kleinsten Einfallswinkel entspricht. Dieser Winkel wurde bisher als „Oeffnungswinkel" bezeichnet. Als kleinste Größe für Plätze, die dauernd zu feineren Arbeiten gebraucht werden, wird ein Oeffnungswinkel von 4° angenommen. Warum der Erlaß einen Winkel von 5° vorschreibt, ist nicht recht ersichtlich. Vielleicht liegt dem nur die Absicht zugrunde, die Grenze des Himmelslichtes über das Zimmer hinausragen zu lassen, was ja auf jeden Fall eine sehr reichliche Tageslichtmenge bedingt. Es würde dann aber erheblich einfacher und leichter zu berechnen sein, wenn man angibt, wie weit das Himmelslicht ins Gebäude hineinragen soll. Die Feststellung, ob der Forderung in ihrer jetzigen Ausdrucksweise genügt ist, stößt nämlich sowohl rechnerisch, als bei der Untersuchung wirklich vorhandener Räume, wo sie allerdings nur selten in Frage kommen wird, auf große Schwierigkeiten.

Bedenklicher aber ist es, daß diese Vorschrift keineswegs ohne weiteres eine gute Belichtung der Räume bedingt. Für die aufhellende Wirkung des Lichtes ist nicht nur der Oeffnungswinkel, unter dem das lichtspendende Stück des Himmels erscheint, von Bedeutung, sondern sehr wesentlich ist der Einfallswinkel, unter dem das Licht auf die zu beleuchtende Fläche auffällt. Ist dieser nämlich kleiner als 27°, so wirkt das Licht nicht genügend erhellend, sondern blendet nur die Insassen des Zimmers, da es zu unmittelbar ins Auge fällt. Ebenso wie die alte Vorschrift schließt aber auch die neue es nicht aus, daß die Fenster der Krankenzimmer allzu niedrig oder die Tiefe des Zimmers allzu groß bemessen wird. Auch die übrigen Vorschriften, die sich auf die Größe des Zimmers und der Fenster beziehen, ändern hieran nichts. Wenn auch in den unteren Stockwerken vielleicht leidlich gute Belichtungsverhältnisse bedingt werden, da die Vorschriften bei Vorhandensein gegenüberliegender Gebäude ein genügend hohes Heraufführen der Fenster mit sich bringen, so ist dies in den oberen Stockwerken keineswegs der Fall. Liegt z. B., wie das in oberen Stockwerken häufig der Fall sein wird, dem Krankenzimmer kein den Lichteinfall hinderndes Gebäude oder ähnliches Lichthindernis gegenüber, so ist den Vorschriften des Erlasses bei einem 6 m tiefen Zimmer, dessen Fensterbrüstung 1 m hoch ist, schon entsprochen, wenn der Fenstersturz nur 1,6 m über dem Fußboden liegt, das Fenster selbst also nur 0,6 m Ausdehnung in der Höhe hat. Daß dies aber keineswegs eine günstige Belichtung ergeben würde, ist wohl ohne weiteres klar.

Augenscheinlich hat man in weiteren Kreisen erkannt, daß die Bestimmungen des früheren Erlasses durchaus nicht ohne weiteres eine genügende Belichtung gewährleisten. Man hat daher empfohlen, die Fenster möglichst nah unter die Decke des Zimmers zu führen und die Räume mindestens 3,5 m hoch zu machen. Dietrich (Handb. d. prakt. Hyg. v. Abel) schlägt vor, Fenster- und Zimmertiefe so zu bemessen, daß von jedem Punkt des Fußbodens eine wenigstens im Winkel von 30° ansteigende Linie nach dem höchsten Punkte des Fenstersturzes gezogen werden kann. Eine derartige Bestimmung, die die Zimmertiefe in Beziehung zur Höhe des Fensters setzt, muß auch unbedingt in die Vorschriften aufgenommen werden, wenn diese wirklich eindeutig sein sollen.

Es fragt sich nun, wie kann man die Vorschrift eindeutig gestalten und so ausdrücken, daß eine Nachprüfung sowohl bei Plänen, als in den bestehenden Gebäuden leicht möglich ist? — Macht man sich die Dietrichsche Forderung zu eigen, die den Vorteil bietet, daß ein zu schräger Lichteinfall vermieden wird, so wird dies hinreichend erfüllt sein, wenn die Tiefe des Zimmers nicht mehr als 1,7 der Höhe des Fenstersturzes über dem Fußboden beträgt. Bei sehr lang gestreckten Sälen könnte freilich auch dann noch eine nicht wünschenswerte Art der Belichtung herauskommen, wenn die Fenster zu schmal

oder in zu weitem Abstand voneinander angelegt werden. Hiergegen schützt bis zu einem gewissen Grade die Vorschrift, daß die Fensterfläche mindestens $^1/_7$ der Bodenfläche sein soll. Ganz unzweideutig aber wird die Belichtungsvorschrift, wenn angegeben wird, ein wie großer Teil einer horizontalen Fläche von unmittelbarem Himmelslicht getroffen werden muß. Die Tiefe des Lichteinfalls ins Zimmer dürfte ausreichen, wenn das direkte Himmelslicht bis an die Hinterwand des Zimmers fällt. Unter allen Umständen aber wird es genügen, wenn es an der Rückwand noch 1 m hinaufragt, obwohl dann die Forderung des jetzt vorliegenden Erlasses nach einem Oeffnungswinkel von 5° an der vom Fenster am weitesten entfernten Stelle nicht ganz erfüllt zu sein braucht.

Ein nach diesen Grundsätzen belichtetes Zimmer wird immer einen hellen, freundlichen Eindruck machen. Schon in dem vom Fenster entferntesten Drittel des Zimmers sind Plätze vorhanden, die den weitgehendsten Anforderungen für Arbeitsplätze hinsichtlich der Belichtung entsprechen. Das dürfte aber für Krankenzimmer vollkommen ausreichend sein.

Eine andere Frage aber ist es, ob diese Forderung auch eine Erleichterung der bisher gültigen Vorschriften bedeutet. Wie erwähnt, gehen die von mir dargelegten Forderungen nicht ganz so weit wie der neue Ministerialerlaß. Trotzdem bringen sie praktisch kaum eine Verringerung der bisherigen Ansprüche. Sollte nämlich ein Krankenhaus, dessen Räume zur ebenen Erde, d. h. laut § 4 Abs. II 0,3 m über der anschließenden Erdoberfläche liegen, gegenüber einem Gebäude mit der zulässigen Maximalhöhe von 22 m errichtet werden, so müßte es bei einer Fensterhöhe von 4 m über dem Fußboden mindestens 41 m, bei einer Fensterhöhe von 3 m sogar 47,5 m entfernt werden, während nach den bisherigen Vorschriften die Entfernung nur 37,5 m zu betragen brauchte. Würde man auf die zulässige Entfernung von 14 m an gegenüberliegende Gebäude herangehen, so wären die neuen Forderungen nur dann erfüllbar, wenn dieses Gebäude nicht höher als rund 9 m bei 3 m hohen Fenstern und 10,5 m bei 4 m hohen Fenstern wäre. An ein 12 m hohes Gebäude, von dem man bisher 20 m fern bleiben mußte, könnte man jetzt nur auf 22,1 m (bei 3 m hohen Fenstern) bezw. 17,5 m (bei 4 m hohen Fenstern) herangehen. Die zurzeit gültigen neuen Vorschriften bedingen also ganz gewiß keine nennenswerten Ermäßigungen. Will man also auf diesem Gebiete wirklich Erleichterungen schaffen, so muß man die Anforderungen an die Beleuchtung weiter herabsetzen. Man wird sich auch unbedenklich damit zufrieden geben können, wenn das unmittelbare Himmelslicht am Fußboden bis zur hinteren Zimmerwand reicht. Die erste Forderung, daß die Tiefe des Zimmers nicht größer als 1,7 der Höhe des Fensters über dem Fußboden sein darf, könnte man wohl dahin ermäßigen, daß sie doppelt so groß als die Fensterhöhe sein darf, denn dann wäre immer noch ein Einfallswinkel

von 27° gewährleistet, der selbst für feinere Arbeiten ausreichend ist. Unter diesen Bedingungen würde ein Zimmer immer noch durchaus hell und freundlich erscheinen. Bei diesen ermäßigten Forderungen könnte man an ein 22 m hohes Gebäude auf 35,4 bezw. 37,4 m herangehen und bei einer Entfernung von 14 m dürften gegenüberliegende Gebäude 11,3 bezw. 10,3 m hoch sein. Von einem 12 m hohen Gebäude mußte man dann 15,4 bezw. 17,4 m entfernt bleiben. Das würde also in der Tat eine gewisse Erleichterung bedeuten.

Die neuen Forderungen lasssen sich in folgende zwei Sätze zusammenfassen:

1. Die Tiefe des Zimmers darf höchstens 2mal so groß sein als die Höhe des Fenstersturzes über dem Fußboden.

2. Die horizontale Fläche des Fußbodens muß einen solchen Lichteinfall vom Himmel haben, daß sie mit Ausnahme von kleinen nicht über je 1 qm großen Flächen völlig vom Himmelslicht getroffen wird.

Diese Forderungen lassen sich sowohl in bereits fertigen Räumen wie auch auf Plänen leicht nachprüfen.

Die Lichtgrenze ist in fertigen Räumen mittels der Taschenspiegelmethode leicht festzustellen. Auf Plänen wird sie nach der Küsterschen Formel ermittelt:

$$L = B \frac{S}{H - (F + S).}$$

Darin ist L = Tiefe des Lichteinfalls am Fußboden von der Front aus in der Richtung des Lichtstrahls gemessen.

B = Abstand der Krankenanstalt von der gegenüberüberliegenden Bauflucht oder sonstigen Lichthindernissen in der Richtung des Lichtstrahls gemessen.

H = Höhe dieses Hindernisses oder größte zulässige Höhe der Bauflucht oder Greuzbebauung.

F = Höhe des Fußbodens über der Erde.

S = Sturzhöhe des Fensters über dem Fußboden.

Diese Formulierung würde eine ausreichende Belichtung der Krankenräume gewährleisten. Sie würde aber auch die für behördliche Erlasse und besonders für Bauvorschriften nötige Klarheit besitzen, deren Mangel den ausführenden Organen für ihre Entscheidungen einen zu großen Spielraum gewährt.

Aus Versammlungen und Vereinen.

Bericht über die X. Tagung der Deutschen Gesellschaft für gerichtliche Medizin in Bad Nauheim vom 20. bis 22. September 1920.

Erstattet von Dr. Georg Strassmann, Assistent der Unterrichtsanstalt für Staatsarzneikunde der Universität Berlin.

Nachdem Ober-Med.-Rat Dr. Balser (Darmstadt) als Vertreter der Hessischen Regierung die erschienenen Mitglieder begrüßt hat, eröffnete der Vorsitzende, Hofrat Prof. Dr. Kratter (Graz) die Sitzung mit dem

Wunsche, daß die gerichtliche Medizin in Deutschland dieselbe Stellung erhalten möge, wie sie in Oesterreich bereits seit langem besteht.

I. Prof. Dr. Nippe (Greifswald) bespricht das **Reichsversorgungsgesetz** vom 5. Mai 1920, das die Fürsorge für alle durch den Krieg geschädigten Angehörigen des Heeres, Mannschaften und Offiziere regelt und sich an die Sozialgesetzgebung anschließt. Zur Anerkennung der Dienstbeschädigung genügt jetzt die Wahrscheinlichkeit eines ursächlichen Zusammenhanges zwischen Dienst und Krankheit oder Verletzung. Rentenanspruch besteht, wenn die Erwerbsfähigkeit um 15 % infolge Dienstbeschädigung beschränkt ist, ferner solange die körperliche Unversehrtheit schwer beeinträchtigt ist. Eine Kapitalsabfindung kann für Landwirte und Offiziere stattfinden.

An der **Diskussion** beteiligen sich Besserer, Puppe, Ungar, Hübner (Bonn), Kalmus (Prag).

II. Prof. Dr. Fr. Strassmann: **Ueber die Notwendigkeit polizeilicher Sektionen.** Bereits vor 25 Jahren wurde von Heller die polizeiliche Sektion zur Aufklärung unbekannter plötzlicher Todesfälle, von Todesfällen alleinstehender Personen und im Wochenbett verstorbener Lediger, sowie unehelicher Kinder gefordert. Vortragender will die Einführung dieser Sektion, die in Oesterreich schon lange besteht, bei der Strafprozeßreform erneut anregen. Dadurch sei die Aufklärung ungeklärter Todesfälle, u. a. auch von elektrischen Unfällen und gewerblichen Vergiftungen möglich. Die Polizei müßte das Recht zur sofortigen Vornahme von Sektionen haben. Sollte sich im Laufe der polizeilichen Sektion der Verdacht einer strafbaren Handlung einstellen, so sei die Sektion abzubrechen und die gerichtliche Leichenöffnung zu beantragen.

Polizeilich sollen auch alle in Strafanstalten verstorbenen Leute seziert werden.

Die außerhalb der Krankenhäuser plötzlich und aus unbekannten Gründen verstorbenen Personen sollten durch den Gerichtsarzt, die in den Krankenhäusern Verstorbenen durch den pathologischen Anatomen seziert werden.

In der **Diskussion** betonen Kratter (Graz) und Kalmus (Prag) die Erfolge der seit Jahren in Oesterreich bestehenden polizeilichen Sektion für die Aufklärung der Todesursachen in zahlreichen Fällen.

III. Prof. Dr. Puppe (Königsberg): **Zur Pathologie der Leichenzersetzung.** Vortragender demonstriert Bilder von der Leiche eines exhumierten Neugeborenen, das zwei Jahre in der Erde gelegen hatte, mumifiziert war und ein um den Hals geschlungenes Tuch zeigte, mit dem es vermutlich erdrosselt worden war. Er zeigte ferner Bilder einer männlichen Leiche, die 5 Jahre in einem Sarge in feuchtem Erdboden gelegen hatte und Fettwachsbildung zeigte. Am Hals war eine Strangfurche deutlich sichtbar. Es hatte sich um einen Selbstmord durch Erhängen gehandelt. Nachträglich aufgestiegener Verdacht auf Mord bestätigte sich bei der Besichtigung nicht.

IV. Dr. Georg Strassmann (Berlin): **Die Beobachtung der Praezipitinreaktion im hängenden Tropfen und bei Dunkelfeldbeleuchtung und ihre forensische Verwertbarkeit.** Die Praezipitinreaktion kann im hängenden Tropfen und besser bei Dunkelfeldbeleuchtung mikroskopisch, wie Biondi und A. M. Marx vorgeschlagen, bei Mischung von einem Tropfen Antiserum und einem Tropfen Blutextrakt auf dem Objektträger beobachtet werden. Es zeigen sich dabei an Größe allmählich zunehmende Häufchen von netzförmiger Struktur. Die Größenzunahme läßt sich mikroskopisch verfolgen. Die Beobachtung im Dunkelfeld ist komplizierter als in den Hauserschen Kapillaren, kann aber bei einiger Uebung zur Erkennung der Blutart mit benutzt werden.

V. Prof. Dr. Strauch (Berlin): **Ueber Sarggeburt.** Vortragender bespricht den von ihm beobachteten Fall einer Frau, die hochschwanger an Eklampsie gestorben war bei nicht eröffnetem äußeren Muttermund. Sechs Tage nach dem Tode fand sich beim Oeffnen des Sarges ein totes, reifes Kind zwischen den Oberschenkeln der Frau. Die Gebärmutter war aus der Scheide

völlig ausgestülpt. Als Grund für eine Sarggeburt können postmortale Wehen und der intra-abdominale Druck der Fäulnisgase in Betracht kommen.

In der **Diskussion** berichten Kratter, Nippe, Schmorl, Puppe über eigene Fälle von Sarggeburt.

VI. Dr. Georg Strassmann (Berlin) demonstriert **Mikrophotogramme vom Einschuß, Zupfpräparate und eingebettete Hautstücke,** in denen sich zahlreiche **Kleidungsfasern** befinden, die aus der durchschossenen Kleidung stammten. Am Ausschuß fehlen diese Fasern, falls der Schußkanal nicht ganz oberflächlich und kurz ist. Der Tuchfaserbefund beweist den Einschuß, wenn die Kleidung von der Kugel durchbohrt und ein kleinkalibriges Geschoß benutzt wurde.

Nippe und Ziemke (Kiel) bestätigen diese Befunde.

VII. Prof. Dr. **Ungar** (Bonn): **Ueber Thrombenbildung in der Leiche.** Bei plötzlichen Todesfällen findet man keine Speckhautgerinnsel; bei lang dauernder Agonie sind sie zahlreicher.

VIII. Prof. Dr. Ziemke (Kiel): **Blutspritzerbefunde an den Kleidern des Täters bei Mord durch Halsschnitt.** Vortragender demonstriert Photogramme von mehreren Fällen von Mord durch Halsschnitt, bei denen die großen Halsgefäße, Kehlkopf oder Luftröhre und Speiseröhre durchtrennt waren, und die Waffe bis in die Halswirbel eingedrungen war. Trotzdem hatte gar keine oder nur sehr geringe Blutbespritzung der Kleider des Mörders stattgefunden, da dieser die Tat von hinten begangen und den Kopf des Opfers auf die Erde niedergedrückt hatte. In einem Falle war trotz der schweren Halsverletzung das Opfer noch 25 Schritte gegangen und hatte Klagelaute ausgestoßen, obwohl der Kehlkopf durchtrennt war. Auffallenderweise fand sich eine Blutlache nur am Tatort und dort, wo die Ermordete zu Boden gefallen war.

IX. Prof. Dr. Nippe (Greifswald) demonstriert eine **Berstungsfraktur der Schädelbasis** bei unversehrtem Schädeldach und Zertrümmerung des linken Gesichtsschädels, die den Verdacht auf Mord erregt hatte, aber jedenfalls durch Ueberfahren durch die Eisenbahn zustande gekommen war. Ferner berichtet er über einen **Selbstmord durch elektrischen Starkstrom** mit ausgedehnten Verbrennungen, sowie über einen **elektrischen Starkstromunfall mit schwerer Verbrennung,** bei dem der Strom durch das Herz gegangen sein mußte und trotzdem Genesung erfolgte, und über die **Abplattung eines Geschosses** durch Rikochettieren auf einem Stein, ehe es in den Körper eindrang. Als **Nachweis der aufgesetzten Waffe am Hauteinschuß** zeigt sich ein dichter scharf abgegrenzter Schmauchhof, während Pulvereinsprengung und Haarversengung fast fehlen.

X. Privatdozent Dr. Müller-Hess (Königsberg): **Untersuchung an kriminellen Jugendlichen.**

Unter den kriminellen Jugendlichen in Königsberg fanden sich viele Psychopathen, die oft Anführer der anderen sind. Der Einfluß des Krieges auf die Kriminalität der Jugendlichen ist mannigfach. Die Erregung der Phantasietätigkeit, die sittliche Verwahrlosung, die Arbeitslosigkeit, die wirtschaftliche Not, ebenso wie auch wirtschaftlicher Ueberfluß durch reichlichen ungewohnten Geldverdienst hatten einen ungünstigen Einfluß. Dazu kommen erziehungswidrige Einflüsse, mangelhafter Schulbesuch, keine Beaufsichtigung durch die Eltern.

Der Gnadenerlaß vom 4. August 1914 steigerte die Rückfälligkeit der Psychopathen.

Während des Krieges und nach der Revolution hat die Kriminalität besonders der 16—18jährigen erheblich zugenommen. Häufig sind von ihnen Urkundenfälschungen begangen worden. Die kriminal-pädagogische Einwirkung muß in Entfernung aus dem verderblichen Milieu bestehen. Evtl. kommen Präventivstrafen in Betracht.

XI. Prof. Reuter (Hamburg) demonstriert ein noch nicht 1 cm langes **Ei mit Zotten,** das er beim Aufschneiden des Uterus einer Selbstmörderin fand. Der Muttermund war für einen Finger durchgängig. Das Gebilde stammt aus den ersten vier Wochen der Schwangerschaft. Schnitte durch das Zottengebilde zeigten merkwürdigerweise keine Reste eines Eies. Wahrscheinlich hatte ein erfolgreicher Abtreibungsversuch durch Einspritzung einer Flüssigkeit

in den Uterus stattgefunden und das Ei zerstört, wofür auch der erweiterte Muttermund sprach.

XII. Prof. Dr. Ziemke: **Die Erkennung des Werkzeugs aus Verletzungen, insbesondere aus Schädelverletzungen.** Vortragender demonstriert zahlreiche Bilder von Schädeln mit geformten Verletzungen, aus denen sich das Instrument erkennen ließ (Schlägerhieb des Schädels, Hieb mit Petroleumkanne, mit Beil und Hammer). Besonders interessant war der Schädel einer Frau, die durch ihren Mann mit einem Schusterhammer erschlagen war und mehrere Monate als Leiche im Keller gelegen hatte. Die Beine waren nachträglich abgetrennt und verborgen worden. Die Leiche zeigte Fettwachsbildung. In die Schädelverletzung paßte die Schneide des Hammers genau hinein, außerdem ließ sich nach mühevoller Anfertigung von Schabeplatten und Photogrammen die Uebereinstimmung der Schartenspuren an dem Hammer und dem Schädel nachweisen. Die Erkennung derartiger Verletzungen ist wichtig, setzt aber gerichtlich-medizinische Fachkenntnisse voraus, wie sie nur durch eine Prüfung in der gerichtlichen Medizin im Staatsexamen zu erzielen sind.

XIII. Prof. Dr. Lochte (Göttingen): **Zur Psychologie des Giftmordes.** Vortragender gibt eine Psychologie des Giftmordes auf Grund der Betrachtung und Beschreibung der Persönlichkeit zahlreicher bekannter Giftmörder. Unter den Giftmördern überwiegt das weibliche Geschlecht. Die Mörderinnen sind verlogen, listig, schauspielerisch. Besonders häufig ist der Giftmord in Zeiten sittlichen Verfalls des Volkes. Schlechte Erziehung und Nachahmungstrieb spielen oft eine Rolle dabei. Die Intelligenz der Mörderinnen ist oft gut; vielfach sind sie hysterisch. Zur Ausführung der Tat wirkt außer der Veranlagung auch ein Spezialmotiv mit, das vielfach erotischer Natur ist. Oft kommt auch wirtschaftliche Not, Habsucht, Fanatismus, Haß und Heimweh in Betracht. Ist einmal ein Giftmord mit Erfolg begangen worden, so werden meist noch mehrere ausgeführt. Die Tat wird zur Gewohnheit und zur Leidenschaft. Daneben können auch Eitelkeit, Eifersucht und sadistische Motive zur Ausführung der Tat Veranlassung sein.

XIV. Dr. Müller-Hess (Königsberg): **Die Dauer der Invalidität bei Geisteskranken.** Unter den Geisteskrankheiten führt am häufigsten die Dementia praecox, dann der Schwachsinn, die senile und arteriosklerotische Demenz zur Invalidität. Die Invalidität wird ausgesprochen, wenn die Umgebung den Geisteskranken verabscheut oder sich vor ihm fürchtet, oder Gefahr besteht, daß er bei der Arbeit einen Anfall seiner Krankheit bekommt. Das weibliche Geschlecht ist bei der Invalidisierung wegen Geisteskrankheit stärker beteiligt. Es besteht ein Unterschied zwischen der Stadt- und der Landbevölkerung. Der Wiedereintritt der Erwerbsfähigkeit bei invalidisierten Geisteskranken ist verschieden. Schwieriger zu beurteilen ist oft der Beginn der Krankheit, schwierig oft die Festsetzung der Rente. Die Invalidisierten arbeiten oft gut und beziehen ihre Rente weiter, obwohl sie z. T. erwerbsfähig sind und Geld verdienen. Bei den Revisionsterminen der invalidisierten Geisteskranken sollten die Untersuchungen durch einen sachverständigen Arzt erfolgen.

XV. Prof. Dr. Puppe (Königsberg): **Gegenseitige Anziehung und Beeinflussung geistig abnormer Persönlichkeiten.** Es gibt eine zufällige Anziehung und eine dauernde Beeinflussung derartiger Persönlichkeiten untereinander. Puppe erwähnt den Fall Schönebeck-Weber, den Fall eines psychopathischen Tertianers, der mehrere wenig intelligente Mitschüler zur Begehung von Diebstählen veranlaßt hatte. Oefter würden Schwachsinnige durch Psychopathen beeinflußt, die in diesen Fällen die Führer sind. Auch Leute mit Dementia praecox ziehen sich gegenseitig an. Besonders bei jugendlichen Psychopathen ist die gegenseitige Beeinflussung und Anziehung häufig und bei der Beurteilung strafbarer Handlungen Jugendlicher ist auf derartige Dinge zu achten, die zur Aufklärung wichtig sein können.

Puppe schließt die Sitzung mit einer kurzen Ansprache.

In der **geschäftlichen Sitzung** am 21. September unter Vorsitz von Prof. Dr. F. Strassmann (Berlin) gedenkt Lochte, der während des Krieges verstorbenen und gefallenen Mitglieder der Gesellschaft.

Reuter (Hamburg) erstattet den Kassenbericht. Es wird die Erhöhung des jährlichen Mitgliedbeitrages auf 20 M. bezw. 25 Kronen beschlossen.

Auf Vorschlag von Prof. Dr. Strassmann werden für das nächste Jahr zum 1. Vorsitzenden Lochte (Göttingen), zum 2. Vorsitzenden Fritz Reuter (Graz), zum Schriftführer Karl Reuter (Hamburg), zum Kassenwart Nippe (Greifswald), zum Beisitzer Besserer (Münster) gewählt.

Prof. Strassmann überreicht eine nachträgliche Glückwunschadresse an Prof. Kratter (Graz) zu dessen 70. Geburtstag.

Auf Antrag von Nippe wird beschlossen, den Vortrag von Strassmann: „Ueber polizeiliche Sektionen" und die ausschließenden Diskussionsbemerkungen dem Wohlfahrtsministerium zur Kenntnis zu übersenden, sowie bei der nächsten Tagung nochmals über dieses Thema referieren zu lassen.

Antrag Ungar (Bonn): „Die Gesellschaft bittet das Wohlfahrtsministerium, bei der Neufestsetzung der Bestimmungen für das Verfahren der Gerichtsärzte bei den gerichtlichen Untersuchungen menschlicher Leichen noch zuzuziehen von den Mitgliedern der Deutschen Gesellschaft für gerichtliche Medizin: Puppe (Königsberg), Kockel (Leipzig), Lochte (Göttingen), Ziemke (Kiel) und Ungar (Bonn)," wird angenommen.

Antrag Puppe: Den Namen der Gesellschaft umzuändern in: „Gesellschaft für gerichtliche und soziale Medizin" wird nach Begründung durch Puppe, der die gerichtliche Medizin die medizinische Kritik von Rechtsansprüchen, die soziale Medizin die Prophylaxe von Rechtsansprüchen, nennt, angenommen, so daß der Name der Gesellschaft von nun an heißt: „Deutsche Gesellschaft für gerichtliche und soziale Medizin."

Bericht über die Hauptversammlung des Vereins der Sächsischen Bezirksärzte am 18. Mai 1920 in Dresden.

Anwesend: die Bezirksärzte und Stadtbezirksärzte DDr. Sauer, Leonhardt, Hofmann, Werner, Schmidt, Rössler, Schultess, Stahl, Endler, Bremme, Schubart, v. Schröter, Eichhorn, Kindler, Franke, Müller, Arnemann, Thiersch, Heyn, Holz, Poetter, Petzholdt, Rechholtz, Schulze, Boeters, Tietze. Als Gäste: Geh. Reg.-Rat v. Brescius als Vertreter der Regierung, Geh. Med.-Rat Dr. Lufft, die Ob.-Med.-Räte Hertzsch und Zehlert.

Aus den Verhandlungen ist folgendes hervorzuheben: Nach einem Bericht des Vorsitzenden, Ob-Med.-Rat Dr. Petzholdt über die Ausführung der in der früheren Versammlung gefaßten Beschlüsse und die Schritte, die er in der Frage der Besoldungsordnung unternommen, hält.

I. Dr. Neustätter (als Gast)[1]) einen Vortrag über die Richtlinien, nach denen in Zukunft die **hygienische Volksbelehrung** zu organisieren sei. Sein Ziel ist, die jetzt sich durchkreuzenden Bestrebungen zusammenzufassen und zu vereinheitlichen. Er verweist insbesondere auf die Bedeutung solcher Belehrungen in dem Kampf gegen die Tuberkulose und Geschlechtskrankheiten. Schwierigkeiten würden die in großen Organisationen zusammengeschlossenen ärztegegnerischen Verbände wie die Naturheilvereine bieten, die durch eine geschickt geleitete und umfangreiche Presse ihre Mitglieder in ärztegegnerischem Sinne beeinflussen. Der Landesausschuß plane die Schaffung einer Zentrale, in der alle auf Belehrung des Volkes bezüglichen Bestrebungen zusammengefaßt werden sollen.

In der Aussprache weist der Regierungsvertreter darauf hin, daß der Schwerpunkt in die Belehrung zu legen sei. Man solle sich hüten, die Bestrebungen mit einer Bekämpfung des Kurpfuschertums zu verquicken, da sonst die Frage leicht auf das politische Gebiet hinüber gespielt werden könne.

Die Herren DDr. Thiersch, Stahl, Holz, Leonhardt, Hertzsch sprechen sich überwiegend im Sinne des Vortragenden aus und sagen demselben ihre Unterstützung zu.

---

[1]) Geschäftsführer des Landesausschusses für hygienische Volksbelehrung.

II. Nach Erledigung des **Kassenberichtes** sowie eines Referates von Herrn Dr. Stahl über den **Beitritt zum Verein der Sächs. Höheren Staatsbeamten**, dem beizutreten beschlossen wird, erstattet

III. Herr Dr. Thiersch einen Bericht über **„das Sächsische Gesetz über Wohlfahrtspflege und der staatliche Gesundheitsbeamte“.** An der der Hand eines von den Bezirksärzten gelieferten Materiales kommt Referent zu dem Ergebnis, daß sich die Mütterberatungsstellen für Säuglingspflege in fortschreitender Vermehrung befinden. Zurzeit gibt es in 17 Bezirken 150 solcher Stellen, an denen Aerzte beteiligt sind. Außerdem noch 5 Bezirke mit 55 Stellen, die lediglich von den Bezirkspflegerinnen ohne ärztliche Mithilfe geleitet werden. Aber auch bei den erwähnten 150 Stellen liegt vielfach die Fürsorge nur in den Händen der Fürsorgerin, da der beteiligte Arzt nur die Oberaufsicht führt und nur gelegentlich anwesend ist. In 27 ländlichen Bezirken gibt es zurzeit 28 Bezirkspflegerinnen mit vorschriftsmäßiger Ausbildung. Von diesen stehen einige an leitender Stelle insofern, als sie entweder als Referentinnen oder direkt Vorsitzende der Pflegeausschüsse die gesamte Wohlfahrtspflege in der Hand haben und diese nach ihren Wünschen gestalten.

Der Bezirksarzt hat in den meisten Bezirken Sitz und Stimme in den Ausschüssen. Einzelne Bezirksärzte sind in führender Stellung. In verschiedenen Städten sind sie gleichzeitig auch als Fürsorgeärzte (Kommunalärzte) tätig. Fürsorgeärzte sind für verschiedene Bezirke in Aussicht genommen. Nur im Bezirk Dresden-Altstadt -Land ist einer bereits angestellt, dem die gesamte Fürsorge unabhängig vom Bezirksarzt, übertragen ist. Alle Bezirksärzte klagen darüber, daß ihr Einfluß nicht genügend gewahrt ist. Sie betonen die Unsicherheit ihrer Stellung, da im Gesetz der Bezirksarzt nirgends erwähnt sei.

Referent faßt das Ergebnis seiner Umfrage in folgenden Leitsätzen zusammen: I. Die Entwickelung der öffentlichen Gesundheitspflege hat es mit sich gebracht, daß neben dem Verwaltungsbeamten überall der staatliche Gesundheitsbeamte (Bezirksarzt) eine führende Stellung einnimmt. Insbesondere hat der sächsische Bezirksarzt, der nicht wie anderswo durch Privatpraxis behindert ist, sich von jeher der Wohlfahrtspflege angenommen und durch organisatorische Arbeit an dem Ausbau speziell der Säuglings- und Tuberkulosefürsorge beteiligt.

II. Durch die Bestimmungen des Wohlfahrtsgesetzes droht ihm seine führende Stellung verloren zu geben. Vielfach werden Einrichtungen geschaffen, ohne daß er gefragt wird. Häufig treten andere Organe der Wohlfahrtspflege wie Fürsorgeärzte, Bezirkspflegerinnen an seine Stelle. Mit den Wohlfahrtseinrichtungen der mittleren und kleinen Städte besteht meist keine Verbindung.

III. Es liegt sowohl im öffentlichen Interesse als im Ansehen des Bezirksarztes begründet, daß demselben in der Wohlfahrtspflege der gleiche Einfluß gesichert wird wie auf andern Gebieten der öffentlichen Gesundheitspflege. Zu diesem Zweck ist folgendes erforderlich:

a) Die Stellung des staatlichen Gesundheitsbeamten ist durch Gesetz oder Verordnung zweifelfrei festzulegen. Der Bezirksarzt soll in denjenigen Abteilungen der Wohlfahrtsämter, die sich mit volksgesundheitlichen Fragen beschäftigen, eine führende Stellung einnehmen. Die Leitung des Wohlfahrtsamtes durch den Verwaltungsbeamten (Amtshauptmann, Stadtrat!) bleibt dabei unberührt.

b) Wo nötig, sollen dem Bezirksarzt ärztliche Hilfskräfte zur Seite stehen, sei es im Neben- oder Hauptamt. Dieselben müssen für ihren Beruf vorgebildet sein. Dem Hilfsarzt im Hauptamt können weitgehende Befugnisse übertragen werden. Er hat aber stets im Einvernehmen mit dem Bezirksarzt zu arbeiten.

Es soll den Bezirksärzten unbenommen sein, da, wo es mit ihren übrigen Dienstpflichten vereinbar ist, die Wohlfahrtspflege als Fürsorgearzt im Hauptamt zu leiten.

c) Um die Fühlung mit den Organen der Wohlfahrtspflege in den mittleren und kleinen Städten aufrecht zu erhalten, sind dem Bezirksarzt Einladungen zu den Sitzungen der Vorstände bezw. Ausschüsse sowie deren

Beschlüsse und Jahresberichte zu übersenden. Die Teilnahme an den Sitzungen soll ihm frei stehen.

d) In großen Städten (Dresden, Leipzig, Chemnitz usw.) soll der Bezirksarzt als Mitglied der betr. Ausschüsse (Säuglings-, Krüppel-, Tuberkulose-Fürsorge, Ziehkinder, Wohnungspflege usw.) Gelegenheit erhalten, seinen Einfluß jederzeit geltend zu machen.

IV. Den Bezirksärzten ist Gelegenheit zu geben, ihre Kenntnis auf dem Gebiet der Wohlfahrtspflege durch Hören von Kursen zu erweitern.

In der **Aussprache** weist der Regierungsvertreter, Geh. Reg.-Rat v. Brescius, auf den erheblichen Fortschritt hin, daß man die Wohlfahrtspflege den Bezirken übertragen und diesen das Steuerrecht gegeben habe. Der Träger ist rechtlich in der Lage, die Mittel zu stellen. Vom Staat können die Mittel nicht erwartet werden. Es sei zu hoffen, daß trotz der schlechten Finanzlage die Bezirke die nötigen Mittel aufbringen würden. Die Bezirksärzte möchten bedenken, daß der Bezirksarzt staatlicher Beamter sei, während die Wohlfahrtspflege eine kommunale Angelegenheit sei. Der Staat müsse sich begnügen, dem Bezirksarzt die Stelle als öffentlicher Gesundheitsbeamter zu sichern, die ihm zukäme. Der Staat habe ein Interesse daran, daß der Bezirksarzt seinen Einfluß geltend mache und dies würde auch in den Richtlinien ausgesprochen sein, die in Vorbereitung seien. Den Bezirksärzten würde auch Gelegenheit gegeben werden, an Kursen teilzunehmen, wie dieses Jahr in Chemnitz. Das Gesetz sei der Erweiterung fähig. Es bestände die Absicht, noch andere Gebiete der Wohlfahrtspflege anzugliedern. Die Stellung der Bezirkspflegerinnen sei zu regeln. Insbesondere dürfe ihnen die Verwaltungsleitung nicht ausschließlich anvertraut werden, da sie sich hierzu als wenig geeignet erwiesen haben.

Herr Stahl (Meissen) will den Bezirksarzt an leitender Stelle; die Bezirkspflegerin soll nur unter ärztlicher Leitung tätig sein. Die Tätigkeit der Hausfrau im Sinne der Wohlfahrtspflege sei nicht zu unterschätzen. Der Bezirksarzt muß an leitender Stelle stehen, aber nicht als Fürsorgearzt.

Herr Holz (Leipzig-Land) sieht in der schwierigen Beschaffung der Mittel und in dem Mangel an Gegenliebe in den Kreisen, für die die Wohlfahrtspflege bestimmt ist, schwere Hindernisse für deren Durchführung. Der Bezirksarzt werde trotzdem seine Mitarbeit nicht versagen, dabei aber den Standpunkt seiner Dienstanweisung im Auge behalten, die die öffentliche Gesundheitspflege seinem Arbeitsgebiet zuteilt. Er befürwortet Fürsorgeärzte als Hilfsärzte der Bezirksärzte; Bezirksärzte selbst sollen nicht Fürsorgeärzte werden.

Herr Schubart (Plauen-Stadt): Die Wohlfahrtspflege dürfe nicht aus Sparsamkeitsrücksichten abgebaut werden. Der Bezirksarzt muß schon aus dem Grunde mit an leitender Stelle stehen, da er am besten beurteilen könne, wo gespart werden könne.

Herr v. Schröter (Rochlitz) fordert unter allen Umständen eine innige Fühlungnahme des Bezirksarztes mit den Aufgaben der Wohlfahrtspflege sowohl als Mitglied der Ausschüsse wie auch evtl. durch aktive Beteiligung.

Herr Rechholtz (Freiberg) weist darauf hin, daß die Persönlichkeit des Bezirksarztes für das Gelingen der Wohlfahrtspflege von ausschlaggebender Bedeutung sei.

Herr Thiersch: Schlußwort.

Bericht über die Herbstversammlung der Sächsischen Bezirksärzte am 18. Oktober 1920 in Dresden.

Anwesend: die Herren Dr.Dr. Sauer, Schultess, Heyn, Schmidt, Rösler, Stahl, Rechholtz, Thiersch, Endler, Müller, Eichhorn, Kindler, Franke, Lutze, Arnemann, Schubart, Paarmann, Poetter, Bremme, Boeters, Petzholdt, Tietze.

I. Der Vorsitzende Dr. Petzholdt berichtet über eine von Thiersch im Auftrag des Vorstandes ausgearbeitete **Denkschrift über die zukünftige Stellung des Bezirksarztes**, der nach Billigung des Vereins der Bezirksärzte vom Vorstand dem Minister des Innern übermittelt worden ist. In dieser Denkschrift wird eingehend die geschichtliche Entwickelung des Aufgabenkreises

des Bezirksarztes dargelegt. Insbesondere wird auf seine aktive Teilnahme auf allen Gebieten des öffentlichen Gesundheitswesens in den Jahren 1870 bis 1910 hingewiesen. Gerade den Arbeiten der Bezirksärzte sei mancher Fortschritt auf dem Gebiete der Bauhygiene, des Wohnungswesens, der Wasserversorgung, des Abwasserwesens, der Schulgesundheitspflege usw. zu verdanken. Der Wunsch der Bezirksärzte gehe nach Schaffung von Gesundheitsämtern, in denen alle einschlägigen Fragen der öffentlichen Gesundheitspflege einheitlich bearbeitet werden. Das Gesundheitsamt solle unabhängig von der unteren Verwaltungsbehörde, aber in engster Fühlungnahme mit dieser arbeiten.

Eine rege **Aussprache** entspinnt sich darüber, was zu geschehen habe, wenn die Regierung den in den Denkschriften niedergelegten Wünschen, wie es den Anschein hat, nicht allenthalben entspreche. Man beschließt, den Vorsitzenden und 2 Mitglieder des Vorstandes zu ermächtigen, an den voraussichtlich im Landesgesundheitsamt stattfindenden Beratungen über diesen Gegenstand teilzunehmen.

II. Ueber die neue Amtsbezeichnung der Bezirksärzte als **„Regierungsmedizinalräte“** findet eine Aussprache statt, in der Wert darauf gelegt wird, neben dem neuen Titel die Bezeichnung als „Bezirksarzt“ beizubehalten.

III. Der Beitritt zur **Vereinigung der Sächsischen höheren Staatsbeamten** war in der letzten Versammlung beschlossen, die Ausführung des Beschlusses aber aus besonderen Gründen zurückgestellt worden. Nach längerer Aussprache wird der Beitritt zu der Vereinigung, die auch die Interessen der Bezirksärzte vertreten will, von neuem beschlossen.

IV. Herr Tietze-Schwarzenberg: **Ueber die Umsatzsteuer des Bezirksarztes.** Ueber die Steuer besteht bei den Behörden noch Uneinigkeit. Steuerpflichtig ist, wer eine selbständige gewerbliche oder berufliche Tätigkeit ausübt. Dazu gehört neben dem Juristen und Lehrer auch der beamtete Arzt, soweit er neben seinem Gehalt Einnahmen aus irgend welcher Tätigkeit hat. Von der Besteuerung ausgenommen sind ärztliche und ähnliche Hilfeleistungen, soweit die Entgelte für sie von den reichsgesetzlichen Krankenkassen und Knappschaftskrankenkassen zu zahlen sind, Lieferungen und Leistungen der Landes- und Reichsversicherungsanstalt und der Berufsgenossenschaften unterliegen der Steuer nur dann nicht, wenn sie den Versicherten zugute kommen. Gutachten für diese Anstalten fallen nicht unter diesen Begriff, müssen also versteuert werden. Die Steuer kann auf den Zahlenden abgewälzt werden, sie muß dann einkalkuliert werden; sie kann auch neben dem Entgelt getrennt in Rechnung gestellt werden, wenn das Entgelt für eine Leistung nach gesetzlich bemessenen Gebühren anzusehen ist. Dies kommt aber nur in Frage, wenn nach dem Höchstsatz liquidiert wird. Eine Anmeldung des Steuerpflichtigen ist seitens der Angehörigen der freien Berufe nicht erforderlich. Diese müssen aber Aufzeichnungen machen, woraus die einzelnen Leistungen zu erkennen sind. Die Bezirksärzte sind demnach verpflichtet, von allen Einnahmen für Zeugnisse und Gutachten für Private, Berufsgenossenschaften, Gerichte usw. die Umsatzsteuer zu entrichten. Zweifelhaft ist es bei Honoraren in Form einer Pauschalsumme, z. B. als Fürsorge-, Schul-, Impfarzt; hierüber war eine klare Antwort nicht zu bekommen.

V. Herr Paarmann-Kamenz: **Vorschläge zur Eingabe betr. Regelung des Büroaufwands.** Die vom Berichterstatter entworfenen Richtlinien werden angenommen. Nach diesen soll der Staat die infolge der Teuerung enorm gestiegenen Kosten voll übernehmen. Die Ausarbeitung der Eingabe wird einem viergliedrigen Ausschuß übertragen.

Kleinere Mitteilungen u. Referate aus Zeitschriften.

Die für den Arzt wichtigen Bestimmungen des Umsatzsteuergesetzes. Von San.-Rat Joachim-Berlin. Zeitschrift für ärztliche Fortbildung; 1921, Nr. 2.

Bekanntlich unterstehen die „freien Berufe“ aus „sozialen Erwägungen“ ebenfalls dem Umsatzsteuergesetze vom 24. Dezember 1919. Trotz der zu diesem erlassenen sehr ausführlichen, über 500 Seiten füllenden Ausführungs-

bestimmungen herrscht in den beteiligten Kreisen, namentlich auch bei den Aerzten, keineswegs völlige Klarheit über die sie betreffenden Punkte; Verfasser hat es in dankenswerter Weise übernommen, diese Klarheit, soweit dies überhaupt möglich ist, zu schaffen. Wenn es im § 1 des Gesetzes heißt, daß alle Lieferungen und „sonstigen Leistungen“, die jemand innerhalb der von ihm selbständig ausgeübten gewerblichen oder beruflichen Tätigkeit gegen Entgelt ausführt, so ist nach des Verfassers, durch ein Reichsgerichtsurteil unterstützte Ansicht unter „selbständige“ Leistung eine solche zu verstehen, die für eigene Rechnung, unter einer wirtschaftlichen Verantwortung und ohne besondere Weisung erfolgt. Demzufolge ist ein Krankenhaus-, Kommunalarzt usw. ebenso wie der Kreisarzt, Kreisassistenzarzt usw. hinsichtlich seiner Einnahmen aus seiner Stellung (Gehalt und rein amtsärztlichen Gebühren) umsatzsteuerfrei, dagegen hat er die Einnahmen aus der Privatpraxis, aus seiner Sachverständigen- und vertrauensärztlichen Tätigkeit usw. zu versteuern. Auch die Fürsorgetätigkeit, die Tätigkeit als Impfarzt, Gefängnisarzt ist als umsatzsteuerpflichtig anzusehen, vorausgesetzt, daß der betreffende Arzt nicht mit bestimmtem Gehalt als solcher angestellt ist. Umsatzsteuerpflicht besteht, gleichgülig, ob die Leistung auf Erzielung von Gewinn erfolgt oder nicht; ein Arzt, der gleichzeitig eine Privatanstalt besitzt, hat daher nicht nur von dem Honorar der Kranken, sondern auch von der Einnahme aus der Anstalt, und zwar von der Bruttoeinnahme Umsatzsteuer zu bezahlen, gleichgültig, ob er einen Ueberschuß erzielt hat oder nicht. Befreit von der Umsatzsteuer sind nur die Einnahmen aus ärztlichen und ähnlichen Leistungen für die reichsgesetzlichen Kranken- und Knappschaftskrankenkassen, jedoch nur insoweit, als die betreffenden Krankenkassen dafür zahlungspflichtig sind. Bei der Berechnung der Steuer sind stets die Bruttoeinnahmen einschl. Auslagen und Unkosten und Umsatzsteuer selbst zu Grunde zu legen; dem Arzt bleibt es aber unbenommen, die letztere ebenso wie die Auslagen usw. auf den Kranken abzuwälzen. Als Berechnungszeit gilt für den Arzt das Kalenderjahr, für den ärztlichen Besitzer einer Anstalt das Kalendervierteljahr, jedoch kann auch ihm auf Antrag die Berechnung für das Kalenderjahr gestattet werden. Der Betrag ist auf volle Mark nach unten abzurunden. Für die Zahlung haftet der Arzt; er hat aber, wie schon erwähnt die Möglichkeit, die Umsatzsteuer auf die Kranken dadurch abzuwälzen, daß er diese den Kranken gegenüber mit in Rechnung stellt. Als Umsatzsteuersatz gilt im allgemeinen für die ärztlichen Leistungen nur die Steuer von 1½%. Die erhöhte Umsatzsteuer (10%) kommt nur für Leistungen in Privatanstalten, Sanatorien in Frage; hier hat der Anstaltsbesitzer also 1½% von seinem Honorar und 10% von den Bruttoeinnahmen des Anstaltsbetriebes nach Abzug des ärztlichen Honorars zu entrichten. Die Steuererklärung ist innerhalb eines Monats nach Ablauf des Steuerabschnittes (also im Januar), für Anstaltsbesitzer innerhalb des dem Kalendervierteljahre folgenden Monats abzugeben; die Steuer ist innerhalb 2 Wochen nach Empfang des Steuerbescheides zu bezahlen und bei späterer Zahlung mit 5% zu verzinsen; Zinsbeträge bis 5 Mark werden jedoch nicht eingefordert. Um eine Kontrolle der Aufsichtsbehörde zu ermöglichen, hat nach § 162 der allgemeinen Reichsabgabenordnung der Steuerpflichtige die zur Feststellung und Nachrechnung der Steuer erforderlichen Aufzeichnungen zu machen, also Geschäftsbücher führen, in dem die Kasseneinnahmen und -ausgaben mindestens täglich einmal einzutragen sind und die 10 Jahre aufbewahrt werden müssen. Für Anstaltsbesitzer ist eine verschärfte Buchführung nach einem bestimmten Muster vorgeschrieben. Rpd.

Tagesnachrichten.

Aus dem Reichstage. Der Reichstag hat in seiner Sitzung vom 22. und 28. Januar die Vorlage über die Teuerungszuschläge der Beamten in der vom Hauptausschuß angenommenen Fassung zugestimmt. Danach wird vom 1. Januar 1921 ab der Teuerungszuschlag zum Grundgehalt und Ortszuschlag für die Beamten der Ortsklasse A auf 70%, der Ortsklasse B auf 67%, der Ortsklasse C auf 65%, der Ortsklasse D auf 60% und

der Ortsklasse E auf 55 % erhöht. Es ist wohl anzunehmen, daß auch in den Einzelstaaten eine derartige Erhöhung für ihre Beamten stattfinden wird.

In den Hauptausschüssen führte bei der **Beratung des Haushalts für das Reichsgesundheitsamt** am 15. Januar d. J. der Präsident des Reichsgesundheitsamts Bumm aus: Die reichliche Dotierung des Reichsgesundheitsamts habe sich bewährt. Koch habe mit Reichsmitteln den Cholerabazillus und Tuberkelbazillus, Schaudin den Erreger der Syphilis entdeckt. Das Reich sollte auch in Zukunft die Mittel nicht versagen zur bakteriologischen Forschung. Das Reichsgesundheitsamt dürfe in Zukunft nicht auf die eigene Forschung verzichten. Die Möglichkeit der Forschung wäre ein wesentlicher Anreiz für Gelehrte, dem Reichsgesundheitsamt ihre Kräfte zu widmen. Das Reich müsse eine Behörde haben, durch die die Richtigkeit einer Methode nachgeprüft werden könne. Für die praktische Bekämpfung der Seuchen komme man um ein bakteriologisches Institut nicht herum. Gerade jetzt wieder zeige sich die Cholera im Osten. Medizinalstatistisches Material für das ganze Reichsgebiet könne nur eine Reichsbehörde besorgen. Auch die Veterinär-Abteilung solle beim Reichsgesundheitsamt bleiben.

Reichsminister Koch wendete sich sodann gegen die Anregung, die Veterinär-Abteilung abzutrennen, was nicht nötig sei, da beim Reichsgesundheitsamt die landwirtschaftliche Seuchenbekämpfung gut aufgehoben sei. Es sei nicht erwünscht, um jeden Ministerialrat immer gleich ein neues Amt herumzubauen. Der Minister äußerte ferner lebhafte Bedenken gegen die Begründung eines Volksgesundheits-Ministeriums. Er teilte mit, daß das Gesetz über die Geschlechtskrankheiten bereits dem Reichsrat vorliege und das Gesetz gegen die Trunksucht in seinen wesentlichen Bestandteilen im Reichswirtschaftsministerium ausgearbeitet sei und bald an den Reichsrat gelangen werde. Ebenso sei ein Tuberkulose-Gesetz, ein Irrenfürsorge-Gesetz, ein Gesetz über die Feuerbestattung und ein Apotheken-Gesetz der Vollendung nahe.

Der sozialpolitische Reichstagsausschuß hat in seiner Sitzung vom 28. Januar d. J. einstimmig beschlossen, die Regierung zu ersuchen, alsbald eine entsprechende Vorlage behufs Erhöhung der Leistungen der **Wochenhilfe** vorzulegen.

Die **Preussische Landesversammlung** hat in ihrer Sitzung vom 12. Januar den Erlaß des Ministers für Volkswohlfahrt vom 20. Dezember 1920, betreffend **Erhöhung der amts- und gerichtsärztlichen Gebühren um 800 %** (s. Beilage zur heutigen Nummer, S. 9) ihre Zustimmung erteilt.

In derselben Sitzung ist auch ein von der Demokratischen Volkspartei gestellter Antrag angenommen, in dem die **Anstellung von Schulärzten und Schulärztinnen für Schulen aller Art** verlangt wird.

Außerdem hat die Landesversammlung einen Antrag einstimmig angenommen, durch den das Ministerium für Volkswohlfahrt aufgefordert wird, Vorschläge zu machen, wie die **staatlichen sowie die in Gemeinde und Privatbesitz befindlichen Bäder** den Sozialversicherten und Minderbemittelten **nutzbar gemacht** werden können.

In Trier ist an Stelle des bisherigen dortigen bakteriologischen Untersuchungsamtes und des Hygienischen Instituts in Saarbrücken ein **Medizinaluntersuchungsamt** eingerichtet.

In Wiesbaden haben die Stadtverordneten die **Anstellung eines Stadtmedizinalrates** beschlossen.

Erhöhung der Pension der sog. Altpensionäre und ihrer Hinterbliebenen. Bekanntlich haben sowohl die Reichsregierung als die preußische Staatsregierung der Gleichstellung der vor dem 1. April 1920 pensionierten Beamten mit den nach diesem Termin in Ruhestand getretenen lange energischen Widerstand entgegengesetzt, so daß man die Befürchtung hegen mußte, daß die berechtigten Wünsche der Altpensionäre und Hinterbliebenen nicht erfüllt werden würden. In diesem Falle hat jedoch erfreulicherweise der kraftvolle,

einmütige Wille sämtlicher Parteien beider Parlamente alle Widerstände überwunden und diese Gleichstellung am Schluß vorigen Jahres durchgesetzt. Demnach ist das **Ruhegehalt** der zum 1. April 1920 oder zu einem früheren Zeitpunkt in den Ruhestand getretenen unmittelbaren Reichs- und Staatsbeamten usw., sowie das **Witwen- und Waisengeld** der Hinterbliebenen der vor dem 1. April 1920 im Amte verstorbenen Beamten usw. mit der **Wirkung vom 1. April 1920 ab auf den Betrag festgesetzt**, der sich ergeben hätte, wenn der Beamte bei seinem Ausscheiden aus der zuletzt von ihm bekleideten Stelle nach den am 1. April 1920 geltenden oder mit Wirkung von diesem Zeitpunkt an in Kraft tretenden Vorschriften besoldet gewesen und in den Ruhestand versetzt worden wäre. Neben dem Ruhegehalt, dem Wartegeld und den Hinterbliebenenbezügen werden für Kinder bis zum vollendeten 21. Lebensjahre **Kinderbeihilfen** oder **Kinderzuschläge** gewährt und ein **Teuerungszuschlag** oder **Versorgungszuschlag** in der Höhe der **Hälfte desjenigen Betrages**, den der Beamte zu dem zuletzt bezogenen Diensteinkommen als Teuerungs- oder Ausgleichszuschlag erhalten hätte, wenn er bei seinem Ausscheiden aus der zuletzt von ihm bekleideten Stelle nach den neuen Diensteinkommensgesetzten besoldet gewesen wäre. Dieser Teuerungszuschlag wird auch zu den Kinderzuschlägen gewährt. Beim Vorliegen besonderer Verhältnisse kann auf Antrag über die Hälfte bis zur vollen Höhe des Betrages hinausgegangen werden. Eine Hinaufsetzung des Ortes, an welchem die Ruhegehaltsempfänger oder die Hinterbliebenen zurzeit leben oder gewohnt haben, in eine höhere Ortsklasse, z. B. von C nach B, ist für diese ohne Bedeutung, weil für die Ruhegehalts- und Hinterbliebenenbezüge ein Durchschnitt des Ortszuschlages zugrunde gelegt wird, welcher je nach der Ortszuschlagsstufe 1440 bis 3420 M. beträgt. Dieser Ortszuschlagsdurchschnitt ist in dem Ruhegehalte und dem Witwen- und Waisengelde mit eingerechnet und wird auf der Berechnung des Teuerungs- oder Ausgleichszuschlags statt des für den betreffenden Ort gültigen Ortszuschlages zugrunde gelegt.

(Nach dem Hannoverschen Kurier)

— **Der Landesausschuß der Aerzte Bayerns** hat in Gemeinschaft mit der **bayerischen Arbeitsgemeinschaft zur Förderung der Volksgesundheit** und mit dem **bayerischen Medizinalbeamtenverein** an den bayerischen Landtag eine Eingabe gerichtet, in der die **Einstellung von fast 8 Millionen Mark für Zwecke der Volksgesundheit** in den Haushalt für 1921 beantragt wird und zwar 2050000 M. für Mutterschafts-, Säuglings- und Kleinkinderfürsorge, 700000 M. für Schulkinderfürsorge, 700000 M. für Jugendfürsorge und 300000 M. für Krüppelfürsorge, 3500000 M. für Tuberkulosebekämpfung, 200000 M. für Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten sowie 470000 M. für sozialhygienische Ausbildung und Fortbildung der Aerzte, Fürsorgerinnen und Hebammen.

Sprechsaal.

Anfrage des Kreisarztes Dr. H. in M.: Bin ich als Kreisarzt berechtigt, eine **Hebamme** einer **Wiederholungsprüfung** — ich nenne dies eine außerterminliche Nachprüfung — zu unterziehen, wenn ich Grund zu der Annahme habe, daß die Kenntnisse der Hebamme einer Auffrischung bedürfen? Ist die Hebamme verpflichtet, meiner Aufforderung zu einer Wiederholungsprüfung Folge zu leisten.

Antwort: Beide Fragen sind zu **bejahen**.

Berichtigung.

Zu der in Nr. 2 der Zeitschrift S. 39 gebrachten Mitteilung über die **Vereinigung der Gefängnisärzte** wird uns nachträglich mitgeteilt, daß die Postscheckkonto-Nummer des Gefängnisarztes Dr. **Dorsch**-Essen nicht **2130**, sondern **3130** lautet.

Verantwortlich für die Schriftleitung: Prof. Dr. Rapmund, Geh. Med.-Rat in Lippspringe.
Druck von J. C. C. Bruns, Minden i. W.

34. Jahrg. Nr. 4 — 20. Febr. 1921

ZEITSCHRIFT FÜR MEDIZINALBEAMTE

Zentralblatt

für das gesamte Gebiet der gerichtlichen Medizin und Psychiatrie, des staatlichen und privaten Versicherungswesens, sowie für das Medizinal- und öffentliche Gesundheitswesen, einschl. der praktischen und sozialen Hygiene.

Herausgegeben von
Prof. Dr. Otto Rapmund
Geh. Med.-Rat in Bad Lippspringe.

Offizielles Organ des Deutschen, Preussischen, Bayerischen, Sächsischen, Württembergischen, Badischen, Hessischen, Mecklenburgischen, Thüringischen und Braunschweigischen Medizinalbeamtenvereins.

Eine Beilage: Rechtsprechung und Medizinalgesetzgebung

Bezugspreis für das Jahr: 30 M, durch die Post bezogen: 32 M.

VERLAG VON FISCHER'S MEDIZ. BUCHHANDLUNG H. KORNFELD,
Berlin W. 62, Keithstraße 5.

INHALT.

Geschäftsstelle und Versand für die Mitglieder des Medizinalbeamtenvereins durch J. C. C. BRUNS, Buchdruckerei, MINDEN i. WESTF.

Alleinige Anzeigen-Annahme und verantwortlich für den Anzeigenteil: HANS PUSCH, BERLIN SW. 48, Wilhelmstraße 28.

Personalien.

Deutsches Reich und Preussen.

Ernannt: Prof. Dr. Hetsch, Generaloberarzt a. D. in Frankfurt a. M. zum planmäßigen wissenschaftl. Mitglied des Instituts für experim. Therapie daselbst.
Gewählt: Der praktische Arzt Dr. Schlosser in Frankfurt a. M. zum besoldeten Stadtrat für das Gesundheitswesen in Frankfurt a. M.
Gestorben: Geh. Med.-Rat Dr. Telchow, Kreisarzt in Spandau.

Bayern.

Versetzt: Ob.-Med.-Rat Dr. Hoerrner in St. Ingbert nach Schweinfurt

Württemberg.

Ernannt: Oberamtsarzt Dr. Mayer in Böblingen zum vollbesoldeten Oberamtsarzt für Böblingen-Leonberg.
In den Ruhestand versetzt auf eigenes Ansuchen: Med.-Rat Dr. Ludwig, Oberamtsarzt in Böblingen.

34. Jahrg. **Zeitschrift** 1921.

für

MEDIZINALBEAMTE

Zentralblatt

für das gesamte Gebiet der gerichtlichen Medizin und Psychiatrie, des staatlichen u. privaten Versicherungswesens, sowie für das Medizinal- u. öffentliche Gesundheitswesen, einschl. der prakt. u. sozialen Hygiene

Herausgegeben
von

Prof. Dr. Otto Rapmund
Geh. Med.-Rat in Bad Lippspringe.

Offizielles Organ d. Deutschen, Preußischen, Bayerischen, Sächsischen, Württembergischen, Badischen, Hessischen, Mecklenburgischen, Thüringischen u. Braunschweigischen Medizinalbeamtenvereins

Verlag von Fischer's med. Buchhandlung H. Kornfeld
Herzogl. Bayer. Hof- u. K. u. K. Kammer-Buchhändler
Berlin W. 62, Keithstrasse 5

Nr. 4.	Erscheint am 5. und 20. jeden Monats	20. Febr.

Das preuss. Besoldungs- und Altruhegehaltsgesetz, sowie die Amtsbezeichnung und Dienstaufwandsentschädigung der Medizinalbeamten.

Vom Herausgeber.

Das Gesetz über die abgeänderte **Preußische Besoldungsordnung** (Gesamt-Diensteinkommengesetz) ist erst jetzt in der Preußischen Gesetzsammlung veröffentlicht, obwohl es vom 17. Dezember 1920 datiert ist. Im Vergleich zu dem in Nr. 22 auszugsweise mitgeteilten Entwurf (S. 401) bringt es für die Medizinalbeamten folgende wichtigen Aenderungen:

1. Die **nicht vollbesoldeten Kreisärzte** bilden jetzt nicht mehr eine besondere Gehaltsgruppe (6400—9600 M.), sondern sind in Gruppe X bei den vollbesoldeten Kreisärzten mit aufgeführt, jedoch mit der in Anmerkung beigefügten Einschränkung, daß sie 75% der Grundgehaltssätze der vollbesoldeten Kreisärzte erhalten. Ihr Diensteinkommen erleidet dadurch jedoch keine wesentlichen Aenderungen gegenüber dem ur-

sprünglichen Vorschlage.[1]) Außerdem können nach den Schlußbemerkungen der neuen Besoldungsordnung (Abschnitt B Sondervergütungen) den nicht vollbesoldeten Kreisärzten auch fernerhin Zuschüsse aus den dafür im Haushalte vorgesehenen Mitteln gewährt werden, die allerdings nicht als Grundgehalt gelten. Umgekehrt müssen die nicht vollbesoldeten Kreisärzte die Gebühren aus amtlicher Tätigkeit an die Staatskasse abführen, soweit das ihnen hiernach erwachsende Gesamtdiensteinkommen die Bezüge eines Beamten der Gruppe 10 im gleichen Besoldungsdienstalter übersteigen darf. Selbstverständlich handelt es sich hier nur um die Gebühren einer rein amtlichen Tätigkeit, die also ein vollbesoldeter Kreisarzt an die Staatskasse abzuführen hat; andere Gebühren bleiben dagegen bei dieser Berechnung außer Betracht. Dahin gehören z. B. alle Gebühren aus seiner vertrauensärztlichen Tätigkeit (s. § 115 der Dienstanweisung) sowie alle gerichtsärztlichen Gebühren in den Kreisen, in denen die Wahrnehmung der gerichtsärztlichen Geschäfte besonderen Gerichtsärzten übertragen ist, da der Kreisarzt dann nicht mehr Gerichtsarzt seines Amtsbezirks und infolgedessen eine etwaige gerichtsärztliche Tätigkeit nicht mehr als amtliche anzusehen ist. Die gerichtsärztlichen Gebühren sollten überhaupt nicht als amtliche und demzufolge als abführungspflichtige betrachtet werden; bei den besonderen Gerichtsärzten scheint das auch der Fall zu sein, denn diese sind in der betreffenden Bestimmung überhaupt nicht erwähnt. Die im Entwurf vorgesehene Bestimmung, daß ein Teil der **vollbesoldeten Kreisärzte** in die Besoldungsgruppe 11 aufrücken soll, ist beibehalten; hoffentlich wird es mindestens ein Drittel dieser Beamten sein. Auffallenderweise sind hier aber die nicht vollbesoldeten Kreisärzte nicht mitaufgeführt, so daß sie scheinbar von dieser Aufrückung ausgeschlossen sein sollen. Es würde dies für sie jedenfalls eine schwere und dringend der Abhilfe bedürftige Benachteiligung bedeuten, namentlich mit Rücksicht auf die vorher erwähnte Vorschrift betreffs Abführung der amtsärztlichen Gebühren, falls diese die Gesamteinkommen eines Beamten der Gruppe 10 von gleichem Besoldungsdienstalter übersteigen. Diese Vorschrift müßte deshalb dahin durch die Worte „bezw. der Gruppe 11“ ergänzt werden.

Erfreulicherweise bringt das Gesetz gegenüber dem Entwurf insofern eine Verbesserung, als für die bisher am schlechtesten behandelten **Regierungs- und Medizinalräte** eine Aufrückung in eine höhere Besoldungsgruppe von Gruppe 11 (9700—14500 M.) in Gruppe 12 (von 11200—16800 M.) vorgesehen ist; denn in Gruppe 12 sind jetzt nicht bloß wie im Entwurf die Direktoren bei den hygienischen Instituten in

---

[1]) Nach diesem Vorschlage stellte sich das Grundgehalt auf 6400, 7000, 7500, 8400, 8800, 9200 und 9600 Mark; künftighin wird es dagegen 6300, 6900, 7500, 8100, 8475, 8850, 9225 und 9600 betragen, also in den beiden ersten Gehaltsgruppen etwas niedriger, in den letzten 5 Gehaltsgruppen dagegen etwas höher.

Beuthen und Saarbrücken und die Abteilungsdirektoren bei dem Institut für Infektionskrankheiten und bei der Landesanstalt für Wasserhygiene aufgeführt, sondern auch „Regierungs- und Medizinalräte in Sonderstellungen“. Was unter diesen „Sonderstellungen“ zu verstehen ist, darüber schweigt sich das Gesetz aus; hoffentlich bringen die Ausführungsbestimmungen darüber Aufschluß und zwar einen für die betreffenden Beamten recht günstigen, damit von ihnen möglichst viele in die höhere Gehaltsgruppe aufrücken können.

Das neue **Beamten-Altruhegehaltsgesetz** bringt für die **Altpensionäre** die sehr wichtige Gleichstellung mit den nach dem 1. April 1920 pensionierten Beamten und zwar nicht nur in bezug auf das Ruhegehalt, sondern auch in bezug auf die Unterstützung der Hinterbliebenen und der Kinderbeihilfen. Erfreulicherweise ist die Wirkung des Gesetzes auf den 1. April 1920 zurückdatiert, so daß die bisherige schwere Benachteiligung der sog. Altpensionäre gegenüber den erst seit dem 1. April v. J. in Ruhestand getretenen Beamten vollständig beseitigt ist. Die Bestimmungen des Gesetzes entsprechen genau denen, die in der vorigen Nummer (s. S. 55) bereits mitgeteilt sind, so daß auf diese verwiesen werden kann. Für die in Ruhestand befindlichen Regierungs- und Medizinalräte und Kreisärzte wird es nunmehr von großer Bedeutung sein, ob und inwieweit für sie die Bemessung ihres Ruhegehalts nach den in aufgerückten Stellungen befindlichen gleichartigen Medizinalbeamten maßgebend sein wird, also auch für einen Teil von ihnen ebenfalls die Bekleidung einer solchen aufgerückten Stellung in Besoldungsgruppe 12 bezw. 11 angenommen wird. Der Aufschluß darüber wird jedenfalls erst durch die Ausführungsbestimmungen gebracht werden.

Die aus diesen neuen gesetzlichen Bestimmungen sich ergebenden Gehalts- und Pensionserhöhungen gelten alle vom 1. April 1920 und werden dementsprechend nachgezahlt.

Ebenso wie im Deutschen Reich sind jetzt auch in Preußen durch Gesetz vom 18. Dezember v. J. die **Kinderbeihilfen** der unmittelbaren Staatsbeamten in den Orten der Ortsklasse A um 100 %, B um 75 %, C um 50 % und D und E um 25 % erhöht. Desgleichen ist den nicht planmäßigen Beamten, zu denen die Kreisassistenzärzte gehören, der volle Ortszuschlag gewährt (s. Beilage zur heutigen Nummer, S. 28). Dagegen ist der vom Landtage angenommene Gesetzentwurf, betr. **Erhöhung der bisherigen Teuerungszuschläge,** bisher noch nicht veröffentlicht.

Leider bringt die neue Besoldungsordnung für die Medizinalbeamten keine Entscheidung über ihre **Amtsbezeichnung,** obwohl der Herr Minister in der Sitzung der Landesversammlung vom 27. November v. J. bei Beratung des Haushalts für das öffentliche Gesundheitswesen es als „unerträglich“ bezeichnet hat, wenn den Kreisärzten weiterhin die Amtsbezeichnung

„Medizinalrat“ vorenthalten wird. Entweder müsse eine Reihe der bisherigen Bezeichnungen abgeschafft werden oder aber den Kreisärzten auch die Amtsbezeichnung „Medizinalräte“ zugetan werden“. Seitdem sind wieder fast drei Monate verflossen, ohne daß in dieser Hinsicht eine Aenderung eingetreten ist; die bei dem Vorstande des Preußischen Medizinalbeamtenvereins sowie bei dem Verfasser fast täglich eingehenden Beschwerden beweisen aber, daß darüber in den Kreisen der Medizinlabeamten die größte Mißstimmung herrscht. Sie erblicken darin eine unverdiente Zurücksetzung ihres ganzen Standes, die schließlich auch nachteilig auf ihre amtliche Stellung, auf ihr amtliches Ansehen und vor allem auf ihre Arbeitsfreudigkeit wirken muß; sie verlangen deshalb mit vollem Fug und Recht, daß in dieser Beziehung endlich Wandel geschaffen wird, zumal dies in anderen deutschen Ländern z. B. in Bayern, Sachsen und Württemberg schon längst geschehen ist und somit der früher für die Hinausschiebung der Titelfrage angeführte Grund nicht mehr stichhaltig ist. Der Herr Minister hat damals versprochen, daß in „kurzer Zeit“ Klarheit über diese Frage geschaffen werden sollte; da kann man es denn den betreffenden Beamten nicht verdenken, wenn sie schließlich ungeduldig und mißmutig werden. Dazu kommt noch ein weiterer Grund ihrer Mißstimmung, das ist die vom Reichsarbeitsministerium erfolgte Verleihung der Amtsbezeichnung „Regierungs-Medizinalrat“ und „Ober-Regierungs-Medizinalrat“ an die bei den sog. Versorgungsämtern angestellten Aerzte. Sie erblicken darin nicht nur eine Zurücksetzung, sondern vor allem auch eine Benachteiligung ihrer Stellung und wundern sich mit Recht darüber, daß der Minister für Volkswohlfahrt nicht Verwahrung gegen die Verleihung einer Amtsbezeichnung eingelegt hat, die bisher ausschließlich den staatlichen Medizinalbeamten beibehalten war und die nunmehr Beamten gegeben wird, die weder mit dem öffentlichen Gesundheitswesen noch mit der „Regierung“ etwas zu tun haben. Im Handel würde man dies „unlauteren Wettbewerb“ nennen und auf Grund des betreffenden Gesetzes mit Erfolg dagegen vorgehen können.

Die Amtsbezeichnungen sollen doch in erster Linie dazu dienen, daß sie nach außen hin die Tätigkeit der betreffenden Beamten genau kennzeichnen und Verwechselungen verhindern; diesen Anforderungen gegenüber ist aber die Amtsbezeichnung Reg.-Med.-Rat für die Aerzte der Versicherungsämter ein Schlag ins Gesicht. Der Herr Minister für Volkswohlfahrt sollte deshalb seinen ganzen Einfluß dahin geltend machen, daß jene zu Irrtümern führende Amtsbezeichnung durch eine andere ersetzt wird. Seitens des Deutschen Medizinalbeamtenvereins ist in dieser Beziehung bereits Einspruch erhoben; es muß aber auch von allen Landesvereinen geschehen, damit der Erfolg nicht ausbleibt. Die Regelung der Titelfrage sollte sich außerdem nicht nur auf die Kreisärzte und Kreisassistenzärzte beschränken, sondern sich auch auf die **Regierungs- und Medizinalräte** er-

strecken. Wenn die Kreisärzte die Amtsbezeichnung „Medizinalrat" erhalten, dann steht den Regierungs- und Medizinalräten, die sich doch in einer aufgerückten Stelle befinden, die Amtsbezeichnung „Obermedizinalrat" zu. In Bayern haben sie allgemein die Bezeichnung „Oberregierungsrat" erhalten und sind auch sämtlich in der Besoldungsgruppe 12 eingestellt; dasselbe gilt betreffs der medizinischen Referenten bei den Bezirkshauptmannschaften in Sachsen. Erwägt man außerdem, daß die amtliche Tätigkeit der preußischen Regierungs- und Medizinalräte sich über weit größere Amtsbezirke als in Bayern und Sachsen erstreckt, dann ist ihre ausnahmslose Einstellung in die Besoldungsgruppe 12 nicht mehr als gerechtfertigt. Wenn eine solche jetzt für einen Teil von ihnen vorgesehen ist, so ist dies nur als Abschlagszahlung zu betrachten und auch fernerhin mit allen Mitteln dahin zu streben, daß sie sämtlich der Besoldungsgruppe 12, mit Aufrückung in Gruppe 13, zugeteilt werden.

Zum Schluß noch ein Wort zur **Dienstaufwandsentschädigung** der Kreisärzte, die schon mehrfach in dieser Zeitschrift besprochen ist. Es unterliegt keinem Zweifel, daß die bisher gewährte Entschädigung mit den dafür erforderlichen Aufwendungen in einem so ungeheuren Gegensatz steht, daß nicht bloß mit Rücksicht auf die dadurch bewirkte schwere finanzielle Schädigung der betreffenden Beamten, sondern auch behufs Sicherung einer im öffentlichen Interesse unbedingt notwendigen ordnungsmäßigen Geschäftsführung dringend einer wirksamen Abhilfe bedürftig ist, die am wirksamsten dadurch erreicht wird, daß den Kreisärzten auf Staatskosten ein Büro mit dem erforderlichen Personal zur Verfügung gestellt wird, in gleicher Weise, wie den Kreisbau- und Gewerbeaufsichtsbeamten. Auch hier tut Eile not! Es sollten endlich die in dieser Hinsicht vom Preußischen Medizinalbeamtenverein gemachten Eingaben Berücksichtigung finden, wenn die Arbeitsfreudigkeit der Kreisärzte keinen Schaden erleiden soll.

Der Preussische Medizinalbeamtenverein und der Berufsverein höherer Verwaltungsbeamter.

Von Med.-Rat Dr. Bundt-Halle a. Saale, Schriftführer des Preußischen Medizinalbeamtenvereins.

Die Bekanntmachung des Preußischen Medizinalbeamtenvereins am Schluß der heutigen Nummer bedarf für das Verständnis der Kollegen einer Erläuterung:

Unsere Mitglieder werden mir wohl von vornherein Recht geben, daß wir den allergrößten Teil unserer dienstlichen und wirtschaftlichen Errungenschaften dem unermüdlichen Wirken unseres Vereins, vor allem unserem allverehrten langjährigen ehemaligen Vorsitzenden und jetzigen Ehrenvorsitzenden des Vorstandes, Herrn Geh. Med.-Rat Prof. Dr. Rapmund, verdanken. Auch nachdem er zu unserer aller Bedauern im Mai

1920 sein Amt als Vorsitzender niedergelegt hat, ist er uns ein treuer Freund und Berater geblieben; die Angelegenheiten des Vereins sind auch ganz in seinem Sinne, d. h. in steter Sorge für und in heißem Bemühen um das Wohl der Medizinalbeamten weitergeführt. Der Vereinsvorstand ist mit zahlreichen **Eingaben** betr. den Ausbau des Medizinalwesens und die Hebung unseres Standes an den Landtag und die Zentralbehörden herangetreten; er hat um zeitgemäße Festsetzung der Gebühren und der Reisekosten gebeten, sowie eine standeswürdige Amtsbezeichnung und eine zeitgemäße Dienstaufwandentschädigung gefordert. Er ist für die Gerichtsärzte und die Gefängnisärzte eingetreten und hat vor allem in der Besoldungs- und Ruhegehaltsfrage mit Nachdruck seine Stimme erhoben. Seine Bemühungen sind erfreulicherweise auch nicht ohne Erfolg geblieben: Ich erinnere nur an die Erhöhung der Besoldung der nichtvollbesoldeten Kreisärzte, an die Steigerung der Gebührensätze um 300% sowie an das jetzt auch erreichte Aufrücken eines Teils der vollbesoldeten Kreisärzte und der Reg.- und Med.-Räte in eine höhere Gehaltsgruppe. Alles andere ist noch im Fluß; denn leider wird auch im neuen Kurs, wenigstens was die Beamten anbetrifft, nicht so schell geschossen. Es muß vielmehr fortgesetzt weiter gearbeitet werden, bis schließlich alle unsere berechtigten Wünsche erfüllt sind. Ueber derartige Bemühungen ist wiederholt in dieser Zeitschrift Bericht erstattet, soweit es angängig war; alles läßt sich aber nicht in voller Oeffentlichkeit in ausführlicher Weise behandeln.

Um so erstaunter war daher der Vorstand, als ihm durch Erlaß des Herrn Ministers für Volkswohlfahrt vom 25. November v. J. folgende Eingabe des Berufsvereins höherer Beamter zur Aeußerung zuging:

„Berufsverein höherer Verwaltungsbeamter. Berlin W. 50, den 22. Nov. 1920.
T.-Nr. 903.

Nach zuverlässigen Mitteilungen unterliegen zurzeit das Gesetz betr. die Gebühren der Medizinalbeamten vom 14. Juli 1909 nebst den Tarifen und die Dienstanweisung für die Kreisärzte einer Neubearbeitung.

Die uns in großer Zahl angeschlossenen Kreisärzte würden es mit aufrichtigem Danke begrüßen, wenn ihnen Gelegenheit gegeben würde, sich zu dem neuen Gesetzentwurf, bevor derselbe der Preußischen Landesversammlung zugeht, wie auch zu der Dienstanweisung vor ihrer Verabschiedung gutachtlich äußern zu dürfen. Wir gestatten uns, darauf hinzuweisen, daß der größte Teil dieser Kreisärzte dem Medizinalbeamtenverein nicht angehört und sich ohne Grund als übergangen betrachten würde, wenn ihm neben jenem die Möglichkeit, zur Sache Stellung zu nehmen, verschlossen bliebe

Durch eine baldgefällige, zusagende Entscheidung würden wir Ihnen, Herr Minister, zu großem Dank verbunden sein.

Der Vorsitzende. Der Geschäftsführer
gez.: Albers,
Der Staatsminister. Bürgermeister.

An den Herrn Minister für Volkswohlfahrt in Berlin."

„Ministerium für Volkswohlfahrt. Berlin, den 25. November 1920.

Abschrift übersende ich mit dem ergebenen Ersuchen um eine gefällige Aeußerung.

Ich bemerke, daß selbstverständlich den Medizinalbeamten bei Reform

der Gebührensätze und der Dienstanweisung Gelegenheit zur Aeußerung gegeben worden ist und auch künftig gegeben werden wird.

Die vorstehende Angabe, daß ein Teil der Kreisärzte dem Medizinalbeamtenverein nicht angehört, ist auffallend. Ich bitte, sich auch darüber zu äußern. Im Auftrage: gez. Gottstein."

Ueber den Inhalt des Schreibens der Berufsvereine höherer Medizinalbeamter war der Vorstand um so mehr erstaunt, als sich im März 1920 bei der Dienstaufwandsumfrage nur eine verschwindend kleine Anzahl als Mitglieder des Berufsvereins höherer Verwaltungsbeamter bekannt hatte.

Wir sahen uns veranlaßt, dem Herrn Minister nachstehenden Bericht zu erstatten:

„Halle a. Saale, den 4. Dezember 1920.

Eurer Exzellenz beehren wir uns, für die im nebenstehenden Erlaß ausgesprochene Zusicherung, daß auch in Zukunft bei Neuordnung der Gebührensätze und der Dienstanweisung den Medizinalbeamten Gelegenheit zur Aeußerung gegeben wird, unseren Dank abzustatten. Wir verbinden damit den ehrerbietigen Ausdruck unseres Vertrauen, daß Eure Exzellenz auch bei sonstigen geplanten Veränderungen des Medizinalwesens die Medizinalbeamten hören und ihren Vorschlägen Beachtung zuwenden werden.

Die Behauptung des Berufsvereins höherer Verwaltungsbeamter, daß von den ihm „in großer Zahl" angeschlossenen Kreisärzten der „größte Teil" dem Preußischen Medizinalbeamtenverein nicht angehört, ist für uns, zumal in dieser unbestimmten Form, zurzeit schwer nachprüfbar, da ein amtliches Verzeichnis der Kreisärzte seit 1918 nicht mehr erschienen ist. Nach dem Haushaltsplan für 1920 waren in Preußen 460 Stellen für Kreisärzte, 18 für Gerichtsärzte, 34 für Regierungs- und Medizinalräte und 46 für Kreisassistenzärzte vorgesehen. Dies ergibt zusammen 556 Medizinalbeamte, während der Preußische Medizinalbeamtenverein 760 Mitglieder zählt. Die Vermutung liegt somit nahe, daß bei weitem der größte Teil der Medizinalbeamten dem Preußischen Medizinalbeamtenverein angehört und daß nur eine verschwindende Minderheit sich ihm fern hält.[1])

In dieser Annahme werden wir dadurch bestärkt, daß eine im März d. J. geschehene Umfrage bei sämtlichen Medizinalbeamten, auf welche 396 Antworten eingingen, das Ergebnis hatte, daß 89 Kreisärzte dem Bund höherer Beamter, 6 dem Berufsverein höherer Verwaltungsbeamter und 3 dem Verein höherer Kommunalbeamter angehörten.

Da der Preußische Medizinalbeamtenverein inzwischen dem Bund höherer Beamter als korporatives Mitglied angeschlossen ist, so hat ein großer Teil der dem Preußischen Medizinalbeamtenverein angehörigen Kreisärzte, welche zugleich dem Bund höherer Beamter als Einzelmitglieder angehörten, sein direktes Verhältnis zu diesem gelöst, um ihm weiterhin nur als Mitglieder des Preußischen Medizinalbeamtenvereins anzugehören.

Keinesfalls haben wir Grund zu der Besorgnis, daß eine nennenswerte Anzahl Medizinalbeamter, mit der Vertretung durch den Preußischen Medizinalbeamtenverein unzufrieden, die aus ihrem Amt sich ergebenden Sorgen und Wünsche bei einem anderen, der Medizinalverwaltung ferner stehenden Verein besser aufgehoben glaubte.

Wir bitten daher, das Gesuch des Berufsvereins höherer Verwaltungsbeamter als eines Vereines, der im Vergleich zum Preußischen Medizinalbeamtenverein zur Vertretung der Medizinalbeamten nicht ausreichend legitimiert ist, ablehnend zu bescheiden."

Eine Antwort auf diesen Bericht ging uns bisher nicht zu,

---

[1]) Nach genauer Feststellung gehören von der oben genannten Gesamtzahl der Medizinalbeamten (556) dem Preußischen Medizinalbeamtenverein als Mitglieder an: 33 Regierungs- und Medizinalbeamte (also 97 %), 458 Kreisärzte (also 99,5 %), 18 Gerichtsärzte (also 100 %) und 35 Kreisassistenzärzte (also 75 %), zusammen: 544 = 98 %.

wir haben daher unter dem 10. Februar 1921 noch einmal um eine Antwort gebeten. Inzwischen aber sind zwei örtliche Vereinigungen der Medizinalbeamten, die von Groß-Berlin und Potsdam, weiter ihre eigenen Wege gegangen und haben sich dem Berufsverein höherer Verwaltungsbeamter als Ortsgruppe angeschlossen, weil sie, wohl unter dem Eindruck lebhafter und geschickter Agitation des Geschäftsführers der Vereinigung, des Bürgermeisters A. Albers, aus diesem Beitritt eine Förderung namentlich ihrer wirtschaftlichen Interessen erwarten. Auch im Westen unseres Vaterlandes sind Neigungen vorhanden, im Berufsverein höherer Verwaltungsbeamter eine Rückversicherung für die dienstlichen und wirtschaftlichen Interessen unserer Mitglieder zu suchen. Hier hat wohl vor allem der mangelhafte Fortgang der Amtsbezeichnungsfrage fördernd auf diese Sonderbestrebungen gewirkt. Eines unserer Mitglieder hat sich in den Vorstand des Berufsvereins höherer Verwaltungsbeamter wählen lassen und diesem Verband sogar den korporativen Beitritt unseres ganzen Vereins in Aussicht gestellt.

Dem Vorstand scheint dieser Weg nicht gangbar. Die Berufsvereinigung höherer Verwaltungsbeamter gehört genau in gleicher Weise wie der Preußische Medizinalbeamtenverein dem Bund höherer Beamten an; wozu also diese doppelte Unterstellung unter den weiteren Verband? Wir glauben auch nicht, in ihm eine stärkere Förderung unserer Berufsbelange zu finden, als dies durch unseren alten und treu bewährten Medizinalbeamtenverein geschehen kann. Der Vorstand ist vielmehr der Meinung, daß unsere ureigensten Standesinteressen, die durchaus nicht immer mit denen der höheren Verwaltungsbeamten in derselben Richtung gehen und für die wir deshalb auch eine völlig selbstlose Vertretung von diesem nicht immer verlangen können, auch am besten durch unsere eigene Vereinigung wahrgenommen werden. Er hält jede Zersplitterung unserer Reihen, auch jede Verteilung der Interessen unserer Mitglieder, sowohl gedanklich wie wirtschaftlich, für eine Schwächung unseres Vereins und unserer Kraft. Mit eigenen und vereinten Kräften gilt es, unseren Verein weiter auszubauen und dafür zu sorgen, daß alle unsere berechtigten und bisher leider noch nicht berücksichtigten Wünsche erfüllt, sowie alle unserem Stande nützenden Bestrebungen gefördert werden. Der Vorstand wird an solchen Bestrebungen und Forderungen unserer Zeit nicht vorübergehen und dauernd darauf bedacht sein, im Sinne unseres lieben und verehrten Rapmund auch weiterhin am Wohle unseres Vereins und unserer Mitglieder zu arbeiten.

Wir können aber nur mit Zuversicht und Freude arbeiten und nur dann zum Ziele kommen, wenn wir alle unsere Mitglieder geschlossen hinter uns wissen in dem Gedanken, daß sie ihre alleinige und wirksame Standesvertretung durch den Preußischen Medizinalbeamtenverein sehen.

Zur Typhusepidemie in Pforzheim 1919.

Von Med.-Rat Dr. **Mayer**, Bezirksarzt in Pforzheim.

Abschließender Gesamtbericht und abschließende Betrachtung zur Typhusepidemie von Pforzheim vom März 1919 soll Aufgabe folgender Darlegung und Berichterstattung sein. Man kann solche nicht ausführen ohne kurzen Rückblick auf das Auftreten von Typhus in früheren Jahren. Besonders in den Jahren 94 und 97 war Pforzheim schon von größeren Epidemien heimgesucht, die sich in ziffernmäßiger Ausdehnung aber nicht mit der Epidemie 1919 vergleichen lassen. Die damaligen Ziffern mit 400—600 Erkrankungen entsprechen erstens einer geringeren Bevölkerungsdichte der Stadt und sind auch auf anderen Vorschriften der Anzeigepflicht aufgebaut; denn bei den Anzeigen fallen die über Typhusverdacht und die große Mehrzahl der sogenannten leichteren Fälle aus, während die Statistik des Jahres 1919 alle diese Ziffern enthält. Eines haben die erwähnten Epidemien aber gemeinsam: sie lenkten nämlich sämtlich zunächst den Verdacht auf Verseuchung des Wassers und führten auch zu ensprechenden Maßnahmen, die aber leider nicht durchschlagend genug waren, wie wir später darlegen werden. In der Zwischenzeit bis zum März 1919 war relative Ruhe. Die Statistik der Jahre 13—18 zeigt einen Erkrankungsdurchschnitt von 18 Typhusfällen für das Jahr; es sind in diesen Ziffern sogar kleine Milchepidemien vom Jahre 1913 und 17 eingeschlossen, die durch verseuchte Milch vom Lande und württembergischen Nachbarorten entstanden sind.

Die Wochenstatistik vom Januar bis 1. März 1919 enthält 6 Fälle, davon am 23. Februar allein 4 Fälle, deren Herkunft nicht ersichtlich war. Am 8. März sind 15 Fälle verzeichnet; von hier an beginnt das explosionsartige Emporschnellen der Riesenziffern. Zur Erleichterung unserer Betrachtung soll hier gleich anfangs die ganze Statistik ab 8. März in aufeinanderfolgenden Wochenzahlen gegeben werden mit Abschluß vom 29. Mai 1920:

Typhusstatistik 1919 für Stadt Pforzheim und Land.

Vom Januar bis 1. März insgesamt 6 Fälle. In den Wochen vom

1./3.—8./3.: 15,
8./3.—15./3.: 1059,
15./3.—22./3.: 597,
22./3.—29./3.: 542,
29./3.—5./4.: 197,
5./4.—12./4.: 182,
12./4.—19./4: 224,
19./4.—26./4.: 150,
26./4.—3./5.: 153,
3./5.—10./5.: 140,
10./5.—17./5.: 133,
17./5.—24./5.: 143,
24./5.—31./5.: 82,
31./5.—7./6.: 46,
7./6.—14./6.: 21,
14./6.—21./6.: 32,
21./6.—28./6: 38,
28./6.—5./7.: 22,
5./7—12./7: 20.
12./7.—19./7.: 18,
19./7.—26./7.: 15,
26./7.—2./8.: 5,
2./8.—9./8.: 12,
9./8—16./8.: 41,
16./8—23./8: 30,
23./8.—30./8.: 3,
30./8.—6./9.: 6,
6./9—13./9.: 3,
13./9.—20./9.: 0,
20./9—27./9.: 3,
27./9.—4./10.: 0,
4./10—11./10: 16,
11./10.—18./10.: 24,
18./10.—25./10: 15,
25./10.—1./11.: 26,
1./11.—8./11.: 16,
8./11.—15./11.: 11,
15./11.—22./11.: 9,
22./11.—29./11.: 6,
29./11.—6./12.: 1,
6./12.—13./12.: 6,
13./12.—27./12.: 4.

Typhusstatistik 1920:

27./12.1919—3./1.: 7,
3./1.—10./1.: 2,
10./1.—17./1.: 4,
17./1.—24./1.: 2,
24./1.—31./1.: 1,
31./1—7./2.: 1,
7./2.—14./2.: 1,
14./2.—21./2.: 1,
21./2.—28./2.: 0,
28./2.—6./3.: 0,
6./3—13./3.: 2,
13./3.—20./3.: 1,
20./3.—27./3.: 0,
27./3.—3./4.: 0,
3./4.—10./4.: 1,
10./4.—17./4.: 0,
17./4.—24./4.: 0,
24./4.—1./5.: 0,
1./5.—8./5.: 1,
8./5.—15./5.: 0,
15./5.—22/5.: 0,
22./5.—29./5. 0.

		Es sind an Typhus erkrankt	gestorben	
Pforzheim Land	I. Vierteljahr 1920:	33	2	in 13 Gemeinden
„	II. „ „ :	124	5	„ 12 „
„	III. „ „ :	33	2	„ 8 „
„	IV. „ „ :	32	1	„ 11 „
	zus.	222	12 = 5,24 %.	
Pforzheim Stadt	I. Vierteljahr 1920:	2322	150	
„	II. „ „ :	1072	175	
„	III. „ „ :	179	9	
„	IV. „ „ :	119	21	
	zus.	3692	335 = 9,04 %.	

Außerdem sind bis 14. November 1919 gemeldet:

aus dem Amtsbezirk Neuenbürg . . . . 72 Fälle in 13 Gemeinden
„ Maulbronn-Vahingen 10 „ „ 5 „
„ Calw . . . . . . 3 „ „ 2 „

Die Stellungnahme des verantwortlichen Hygienikers zu diesen ungeheuerlichen Zahlen und seinen Maßnahmen ergiebt sich am besten aus nachstehendem von mir erstatteten Bericht:

Auf Grund eigener Beobachtung auf einem kleinen Gebiete ärztlicher Betätigung als Bahnarzt hatte ich Gelegenheit, am 6. März Fälle von ernstlichem Typhusverdacht zu sehen, was mich stutzig machen mußte und zur sofortigen Fühlungnahme mit anderen mehr beschäftigten Aerzten der Stadt veranlaßte. Diese bestätigten mir auch sofort das zahlreiche Vorkommen ähnlicher verdächtiger Fälle und sprachen auch gleichzeitig den Verdacht aus, daß sich wieder eine Epidemie, wie in den 90er Jahren, zu entwickeln scheine. Zur Sicherstellung in der Diagnose wurde sofort Material an das Untersuchungsamt des Hygienischen Instituts Heidelberg geschickt, von wo am 10. März hohe Agglutinität des Blutes, am 11. März direkt das Vorhandensein von Typhusbazillen im Blut telegraphisch bestätigt wurde. Am 10. März vormittags früh hatte ich erst 15 Anzeigen in der Hand, habe aber sofort in Ahnung der drohenden Gefahr auf 11. März abends eine Versammlung sämtlicher praktischen Aerzte der Stadt durch bezirksamtliche Ladung veranlaßt. Sämtliche Herren waren erschienen; zu derselben Sitzung waren fürsorglich auch der Vorstand des städtischen Wasserwerks, der Vorstand des Nahrungsmittelamts und sonstiger wichtiger städtischer technischer Stellen zugezogen. Den Vorsitz führte der Berichterstatter. Von der Voraussetzung ausgehend, daß es sich um eine Wasserepidemie handeln könne, veranlaßte ich zunächst den Herrn Direktor des Wasserwerks zu einer Erörterung der ganzen W a s s e r v e r s o r g u n g der Stadt in der fraglichen Inkubationszeit an Hand des Stadtplanes; denn nur so war es möglich, direkte Richtlinien für die weitere Behandlung unserer Sache zu erhalten. Nach den Darlegungen des Wasserwerksdirektors wird die Stadt in der Hauptsache von 3 Wasserversorgungshauptquellen versorgt und zwar 1. die vereinte Grösseltalquelle vom Grösseltal, 2. das Pumpwerk am Friedrichsberg im Eutingertal und 3. die Quelle aus dem Nagoldtal zur Versorgung des Stadtteils Dillweißenstein rechts der Nagold. Die Verteilung dieser 3 Wasserarten innerhalb des Stadtgebietes ist keine gleichmäßige. Mit

reinem Grösseltalwasser allein wird nur die sogenannte Hochzone versorgt, das sind die Stadtteile in Höhe oder höher gelegen als der Bahnkörper; mit Mischwasser versorgt wird die sogenannte Tiefzone und zwar ist anzunehmen, daß der Stadtteil westlich des Rathausplatzes in der Hauptsache starke Mischung mit Grösseltalwasser erhält, während der östliche Stadtteil reines Tiefbrunnenwasser aus dem Eutingertal bezieht und höchstens nach der westlichen Grenze zu noch leicht vermischtes Wasser. Im weiteren Verlaufe der Sitzung äußerten sich die Herren Aerzte über ihre Beobachtungen unter Zugrundelegung der Fragen nach Zahl ihrer Fälle und der Verteilung ihrer Fälle in der Stadt. Daraus entwickelte sich ein ganz überraschendes Bild: Zunächst stellte sich heraus, daß statt der gemeldeten 15 Fälle in der Stadt schon mindestens etwa 700—800 verdächtige Fälle vorhanden waren; einzelne sehr beschäftigte Aerzte konnten schon von bis zu 50—70 Beobachtungen sprechen. Die Verteilung der Fälle war durchaus auch keine gleichmäßige in der Stadt, sondern eine ungleichmäßige; jedoch ließ sich schon bei der ersten Betrachtung erkennen, daß sich in der Hauptsache das Verbreitungsgebiet mit den Stadtgebieten der Grösseltal-Wasserversorgung deckte; denn die weitaus meisten Erkrankungen waren in dem Gebiete der reinen Grösseltalwasserversorgung, also im Gebiete der Hochzone und innerhalb der Tiefzone besonders entlang den sogenannten Endsträngen vorgekommen. Die mit reinem Tiefbrunnenwasser versorgten Stadtgebiete zeigten dagegen nur ganz vereinzelte Krankheitsinseln, die sich unschwer in dem vielfältigen Verkehrswesen der Stadt als direkte oder indirekte Infektion erklären ließen.

Prof. Dr. Gärtner bezeichnet in seinem hygienischen Werk über Wasserepidemien als 1. Hauptmerkmal der Wasserepidemie, daß sich Ausbreitung der Epidemie und Verteilung des Wassers räumlich deckt. Als weiteres Merkmal bezeichnet er, daß hauptsächlich Wassertrinker, das sind Frauen und Kinder, von der Krankheit befallen werden. Beides wurde durch die Beobachtungen der Aerzte als in der Hauptsache zutreffend sofort bestätigt.

Nach Feststellung dieser schwerwiegenden Belastungen des Grösseltalwassers als vermutlichen Träger der Infektion erübrigte sich noch die Prüfung der Möglichkeit der Infektion durch andere Nahrungsmittel, wie Milch, Gemüse und Fleisch. Die beiden letzteren Nahrungsmittel konnten ohne weiteres ausgeschieden werden, da bei der großen Verbreitung der Krankheit eine gemeinschaftliche Bezugsquelle von vornherein nicht erkenntlich war. Auch für die Milch ließ sich diese Annahme rasch ausschalten, da sich Milchversorgungsgebiet und Krankheitsausbreitungsgebiet absolut nicht deckten.

Die nächstliegende an den Herrn Direktor des Wasserwerks zu richtende Frage mußte sein: Kann das schwerverdächtige Grösseltalwasser sofort ausgeschlossen werden, ohne die Wasserversorgung der Stadt zu gefährden? Die Frage wurde als zeitlich durchführbar bejaht und demzufolge ist die sofortige Ausschaltung der Quelle angeordnet worden. Durch Mitteilungen an sämtliche Zeitungen der Stadt wurde weiterhin die Bevölkerung schon am 12. März früh gewarnt und entsprechend belehrt. Mit dieser radikalen Lösung der Beseitigung der vermutlichen Krankheitsursache war der erste wichtigste Schritt in der Epidemiebekämpfung geschehen und konnte man in Ruhe der eigentlichen Verseuchungsursache des Wassers später nachgehen und sich zunächst wichtigeren und dringenderen Aufgaben widmen. Eine solche Aufgabe war die Desinfektion des Rohrnetzes und Befreiung von Keimen, die sich etwa noch in diesem halten konnten. Diese Desinfektion wurde nach Anweisung des hygienischen Instituts in Heidelberg und in Anlehnung an die von Herrn Prof. Dr. Gärtner in seinem Werk gegebenen Vorschriften mittels Chlorierung des Wassers vorgenommen, die durch Einschütten von Chlor in die Hochbehälter, sodann in das Pumpwasser der als unverseucht geltenden Tiefbrunnenanlage am Friedrichsberg geschah. Am 19. März konnte die Desinfektion des Rohrnetzes als beendigt gelten.

Dringend notwendig und schwierig war die ungeheure Aufgabe der Versorgung der Kranken, deren Zahl lawinenartig anschwoll. Man stelle sich die Situation vor: Im städtischen Krankenhaus waren zu Beginn der Epidemie nur 15 Betten frei, daneben die gewaltige erste Wochenziffer mit über 1000 Kranken, die nach 14 Tagen auf 2318 sich vergrößerte und sich in den nächsten Wochen noch wöchentlich um je 200 herum bewegte. Dazu die Kriegs- und Revo-

Typhusstatistik 1920:

27./12.1919—3./1.:7,
3./1.—10./1.: 2,
10./1.—17./1.: 4,
17./1.—24./1.: 2,
24./1.—31./1.: 1,
31./1—7./2.: 1,
7./2.—14./2.: 1,
14./2.—21./2.: 1,

21./2.—28./2.: 0,
28./2.—6./3.: 0,
6./3—13./3.: 2,
13. 3.—20./3.: 1,
20./3.—27./3.: 0,
27./3.—3./4.: 0,
3./4.—10./4.: 1,

10./4
17./4
24./4
1./5
8./5
15.
22.

		Es sind an Typhu	
		erkrankt	gestorb
Pforzheim Land	I. Vierteljahr 1920:	33	2
„	II. „ „ :	124	5
„	III. „ „ :	33	2
„	IV. „ „ :	32	1
	zus.	222	12
Pforzheim Stadt	I. Vierteljahr 1920:	2322	150
„	II. „ „ :	1072	175
„	III. „ „ :	179	
„	IV. „ „ :	119	2
	zus.	3692	3

Außerdem sind bis 14. November 1919 gemeld
aus dem Amtsbezirk Neuenbürg 72
„ Maulbronn-Vahingen 10
„ Calw 3

Die Stellungnahme des verantwor
diesen ungeheuerlichen Zahlen und sei
sich am besten aus nachstehendem von

Auf Grund eigener Beobachtung auf ei
Betätigung als Bahnarzt hatte ich Gelegenhei
lichem Typhusverdacht zu sehen, was mich
sofortigen Fühlungnahme mit anderen mehr
veranlaßte. Diese bestätigten mir auch s
ähnlicher verdächtiger Fälle und sprachen a
daß sich wieder eine Epidemie, wie in den
Zur Sicherstellung in der Diagnose wur
suchungsamt des Hygienischen Instituts
10. März hohe Agglutinität des Blutes, a
von Typhusbazillen im Blut telegraphisc
mittags früh hatte ich erst 15 Anzeigen
der drohenden Gefahr auf 11. März abe
tischen Aerzte der Stadt durch bezirk
Herren waren erschienen; zu dersel
Vorstand des städtischen Wasserwer
und sonstiger wichtiger städtischer
führte der Berichterstatter. Von
um eine Wasserepidemie handeln
Direktor des Wasserwerks zu einer
der Stadt in der fraglichen Ink
nur so war es möglich, direkte
Sache zu erhalten. Nach den
Stadt in der Hauptsache von
zwar 1. die vereinte Grössel
Friedrichsberg im Eutingert
sorgung des Stadtteils D
dieser 3 Wasserarten innerh

er An-
Beein-
e, diese
zu der
In Be-
en Unter-
oder sehr
einer stän-
orierung des
Anlage mttels
in bestimmten
am Zusammen-
Jagesquelle ein-
er lang nach dem
gen Untersuchungen
Wassers ergeben, als
ist. Ich kann mich
lche Anlage schon vor
Typhusepidemien erlebt
großen Ouellen im unteren
teren Erfahrungen, speziell
Mut, ein solches Risiko für
deshalb ausgeschaltet bleiben,
n einer Wasserversorgung, bei
und gepumpt werden muß, eine
ch Benutzung des billigen kosten-
voraussichtlich wohl immer wieder
mal Erörterung finden, wenn die Er-
die Wirkung von Desinfektionsanlagen
. Einen Ausweg deutet Prof. Röhrer
n und zwar in einer tieferen Fassung der
Oberflächenbeeinflussung ausgeschaltet ver-
schritten werden kann, ist sehr fraglich und
er Vorteil des natürlichen Gefälles nach dem
kann.

en und Versuche des Herrn Prof. Röhrer:
tellt er fest, daß das vorher beschriebene Wiesen-
phushauses in Waldrennach schräg von einem Weg
t, der das Regenwasser von den oberhalb gelegenen
ch die Typhuswiese gehört) auffängt und nach unten
hat dicht unterhalb der Einmündung des fraglichen
ein Versenkungsloch, in das das Wasser direkt nach der
s Zeichen einer gröberen Verbindung mit den lockeren
n. Seine Versuche waren Versalzungsversuche mit Nach-

lutionsfolge in Form schwierigster Organisationsmöglichkeiten und hochgradiger Nahrungsmittelnot. Hätte nicht alles, Aerzteschaft und alle städtischen und staatlichen Behörden einmütigst in intensivster Zusammenarbeit zusammengeholfen, wäre das gewaltige Unglück für die Stadt, deren Bevölkerung und ihre Umgebung noch viel unübersehbarer geworden. Besonderen Dank verdient die Aerzteschaft, die trotz der ungeheuren Belastung mit Tagesarbeit in regelmäßigen und häufigen Abendsitzungen ihre Mitarbeit betätigten.

Mit der Schilderung der einzeln getroffenen Maßnahmen will ich mich nur kurz befassen. Zunächst machte die Isolierung der Kranken als wichtigster Bestandteil im Rüstzeug der Bekämpfung die größte Schwierigkeit. Die sofortige Räumung der Krankenhäuser für Typhuszwecke konnte nicht Schritt halten mit der rasch zunehmenden Erkrankungsziffer. In mit Menschen überfüllten Wohnungen lagen die Kranken zum Teil mit Gesunden zusammen. Daneben fehlte vielfach Krankenpflege und Verständnis, speziell für Krankheitsschutz. Es fehlte an genügenden Transportmitteln; es fehlte an Krankenpflegepersonal. Größte Sorgen machte auch die Ernährung der Kranken, kurzum, alles mußte erst organisiert werden. Der Krieg, sonst unser Unglück, hatte ausnahmsweise auch eine gute Seite für unsere Stadt. Er stellte uns durch liebenswürdiges Entgegenkommen des Sanitätsamts des XIV. Armeekorps ein Lazarett mit 500 Betten zur Verfügung; hätten wir dies nicht gehabt, dann weiß ich nicht, wie ein solches in so schneller Zeit hätte geschaffen werden können und wie unsere Epidemie dann verlaufen wäre. Der Telegraphendraht spielte bis in weiteste Entfernung, um verfügbares Krankenpflegepersonal zu beschaffen. Das Transportwesen, das ursprünglich nur auf ein Auto beschränkt war, wurde unter der umsichtigen Leitung des Sanitätskolonnenvorstandes rasch organisiert und auf eine Höhe gebracht, daß die Kranken auch rasch den Krankenhäusern zugeführt werden konnten.

Für die Ernährung wurden zunächst die vorhandenen Reserven herangezogen, bestimmte Kost- und Zulageformen ausgearbeitet, um die Verausgabung zu erleichtern. Im weiteren Verlaufe fehlte dann nicht die Mithilfe des Staates und der freiwilligen Liebestätigkeit, um uns weitere Nahrungsmittel zuzuführen.

Eine Person hätte das alles unmöglich leiten können. Es wurde daher ein besonderes Typhusbüro geschaffen, dem die Organisation und die Ueberwachung der Arbeiten oblag. Dem Bezirksarzt wurde vom Staat ein besonderer Hilfsarzt, Herr Dr. Geiger beigegeben, der in Straßburg in der Typhusbekämpfung schon jahrelang tätig gewesen war und auch hier sofort ein neues bakteriologisches Institut improvisierte, das unentbehrlich war, da bei der Masse des zu untersuchenden Materials die Heidelberger Untersuchungsanstalt nicht ausreichte. Zur Mitarbeit in diesem Institut stellte das Sanitätsamt des XIV. Armeekorps längere Zeit die Korpshygieniker Stabsarzt Dr. Göbel und nach dessen Weggang Stabsarzt Dr. Kamm zur Verfügung, die sich durch ihre Tätigkeit ebenfalls ganz besondere Verdienste erworben haben. In dem Typhusbüro waren auf der Höhe der Epidemie 21 Personen beschäftigt: der Berichterstatter als Vorsitzender, 2 Beamte des Bezirksamts für Erledigung der rein sanitätspolizeilichen Arbeiten, mehrere Angestellte der Stadt für die umfangreichen Aufgaben der sozialen Fürsorge, 12 Fürsorgeschwestern für die Ermittlung der Kranken in der Stadt.

Die der Stadt durch die Epidemie entstandenen Kosten haben 419 849 M. betragen; darin sind in der Hauptsache enthalten: Kosten für Krankenpflege, Schwesterngehälter, Unterstützung bedürftiger Familien, Unterhaltung eines Kinder- und Säuglingsheims, Transportwesen, Beerdigungswesen, Krankenzusätze, Typhusbüro, bakteriologisches Institut, Desinfektion.

Aus Kollegenkreisen wird jetzt die Frage der Organisation einer Schutzimpfung gestellt werden, die im Kriege eine so große Rolle spielte. In größerem Umfange ist diese hier nicht geübt. Zu Beginn der Epidemie standen ihr die Bedenken der Aerzteschaft entgegen wegen Gefahr einer kummulativen Toxinwirkung in der Inkubationszeit, in der jeder Einwohner der Stadt sozusagen als krankheitsverdächtig zu betrachten war; später, nachdem die erste Inkubationsperiode vorbei war und nur noch die Kontaktinfektion als Krankheitsursache in der Hauptsache in Betracht kam, stellte sich als

Hauptbindernis die allgemeine Abneigung der Bevölkerung gegen Impfung dar. Ein Zwang zur Impfung war nicht ausführbar.

Nachdem die Organisation in den ersten 4—6 Wochen ausgebaut war, verlief die ganze Arbeit der Bekämpfung in ruhigeren und stetigeren Bahnen. Nach Verlauf der ersten Sturmflut und Abheilung der großen Mehrzahl der Erkrankungen konnten wir auch dem Ideal der wirksamsten Bekämpfung, der restlosen ausreichenden Isolierung, nahe kommen, da jetzt die Bettenzahl von 840 ausreichte. Die Zwangseinweisung der Kranken in das Krankenhaus und Typhuslazarett, die vorher nur in den dringendsten Fällen durchgeführt werden konnte, kam von Mitte Mai an ganz allgemein zur Durchführung; damit erlebten wir auch ein rasches Abfallen der bis dahin immer noch hohen Wochenziffern.

Der Verlauf der Epidemie zeigt 2 typische Abschnitte: Zunächst in der Woche vom 29. März auf 5. April ein Abfallen der Ziffer von 542 auf 197 infolge der Ausschaltung des Grösseltalwassers als Infektionsquelle; von da an wegen ungenügender Isolierung und sehr zahlreichen Kontaktinfektionen nur langsame Abnahme der Wochenziffer auf 143 bis 31. Mai. Als Folge der Zwangsisolierung am 31. Mai erstmals 2stellige Zahlen der Wochenziffer mit 82, die bis Anfang August erstmals auf 1stellige herabsinkt, um langsam bis Ende 1919 und Anfang 1920 zu versanden. Die vorübergehend sprungweisen Erhöhungen in der Zeit vom 14.—16. August und 5.—18. Oktober sind als kleine Nahrungsmittelepidemien in Dillstein und in der Altstadt, beide Male von durch Bazillenträger verseuchter Wurst ausgehend, entdeckt und auch rasch niedergeschlagen worden; demnach nur kleine Intermezzos, die sich jederzeit bei der selbstverständlich großen Zahl von Bazillenträgern, die wir nur zum Teil kennen und überwachen können, zum Teil aber auch unerkannt annehmen müssen, immer wieder einmal wiederholen können. Von sämtlichen Kranken wurde, bevor sie endgültig aus der Beobachtung entlassen wurden, verlangt, daß mindestens drei Stuhluntersuchungen hintereinander Freisein von Typhusbazillen ergaben. Daß wir seit dem 11. November 1919 endgültig mit der Epidemie fertig waren, haben wir wohl der zweckmäßigen Behandlung der Bazillenträger zu verdanken. Die Zahl der heute noch dauernd Typhusbazillen ausscheidenden Personen ist übrigens nicht so hoch, wie dies aus anderen Berechnungen anzunehmen war und beträgt nur einige 20.

Epidemiologisches: Bei der epidemiologischen Feststellung und Betrachtung muß zuerst die epidemiologische Einheit mit den früheren Epidemien hervorgehoben werden, nämlich des Zusammenhangs mit Verseuchung des Wassers aus demselben Quellversorgungsgebiet des Grösseltals. Eine Beeinflussung des fraglichen Quellgebietes in dem zu vermutenden Umfang mußte von vornherein in der bewohnten Nachbarschaft und Nachbarortschaften gesucht und gefunden werden und als solche nach der geographischen Lage der noch in Benützung stehenden Einzelquelle in erster Linie die Ortschaft Waldrennach im Amtsbezirk Neuenbürg in Frage kommen. Sofort angestellte Rückfragen ergaben zunächst, daß in den vorausgehenden Jahren das Vorkommen von Typhus in Waldrennach überhaupt nicht bekannt war. Damit beruhigten wir uns aber nicht, sondern wandten uns eindringlicher an den Arzt, der die Ortschaft Waldrennach in der fraglichen Zeit regelmäßig versorgte. Dieser gab uns dann auch an, daß er allerdings am 10. Januar ein Mädchen in Behandlung genommen habe, das unter den Erscheinungen eines fieberhaften Darmkatarrhs, den er als Grippe ansah, erkrankt war. Dieses Mädchen war bis zur Erkrankung in einer Mühle bei Birkenfeld, Amt Neuenbürg, im Dienst gewesen; diese Mühle hatte keine eigentliche Wasserversorgung und war lediglich auf die Benutzung des naheliegenden Flußwassers angewiesen; das Wasser wurde ohne jegliche Vorbereitung als Trinkwasser von den Mühlenbesitzern benutzt. Ueber die Möglichkeit einer Flußverseuchung mit Typhusbazillen brauche ich mich wohl kaum weiter in Ausführungen aufzuhalten. Im Verlaufe der nächsten Woche erkrankten in der Familie des Mädchens in Waldrennach noch weitere 3 jüngere Geschwister unter ähnlichen Erscheinungen. Am 16. März konnte ich, nachdem mir dies von dem Herrn Oberamtsarzt in Neuenbürg in freundlicher Weise gestattet worden war, persönliche Erhebungen in Waldrennach vornehmen. Das fragliche Mädchen war schon wieder gesund und bei meinem Besuch im Walde beschäftigt, von den 3 später er-

krankten Geschwistern lagen zwei kleinere Kinder noch im Bett, zum Teil noch leicht fiebernd. Von den 3 Kindern wurden Blutproben entnommen, deren Untersuchungen eine hohe Agglutination (1 : 400) ergaben, womit wohl der zweifellose Beweis erbracht war, daß es sich um tatsächliche Typhusfälle handelte. Die weiteren Erhebungen an Ort und Stelle ergaben, daß die Abgänge der 4 Kranken in der Zeit von Anfang Februar aus der Hausgrube auf eine langgestreckte Wiese hinter dem Hausanwesen ausgeschüttet und ausgebreitet worden waren. Die Wiese war im Januar zunächst gefroren und dann mit Schnee bedeckt; die Ausschüttung des Unrats war dann auf Schnee erfolgt. Am 15. Februar setzte ein plötzliches Tauwetter unter starkem Regenfall ein; das Schneewasser wurde dadurch über den gefrorenen Boden hinweg mitsamt dem Typhusbazillengehalt talabwärts geschwemmt. Daß diese gefährliche Schneewasserbrühe unserer Quellversorgung zu so verhängnisvollem Schaden gereichte, liegt in der besonderen geologischen und geographischen Beschaffenheit des Geländes. Das betreffende Haus liegt an dem Rande einer Hochebene und zwar etwa 300 m entfernt von dem sogenannten Keckschen Brunnen, der einen Bestandteil der Grösseltalwasseranlage bildet. Die in Frage kommende Wiese, etwa 50 m lang und 20 m breit, senkt sich talabwärts innerhalb einer halb trichterförmigen Mulde, deren Spitze etwa 100 m entfernt vom Keckschen Brunnen den Waldrand erreicht, in dem die Mulde einen ringförmigen steilen Absturz findet und zwar nahe an der Keckschen Quelle vorbei. Während das oberhalb des Waldrandes gelegene Wiesengelände von einer ziemlich dicken tonhaltigen Sandschicht überdeckt ist, besteht der steil abstürzende Waldrand nach der Keckschen Quelle zu nur aus gröberer Geröllhalde von geringerer Filtrationskraft. Der Kecksche Brunnen ist als eine sogenannte Sickerquelle in der Tiefe dieser Geröllhalde angelegt. Zu seiner ordnungsmäßigen Behandlung ist bestimmt, daß bei rascherem Ansteigen der Quellmengen nach Niederschlägen der Brunnen durch Schließung eines Schiebers ausgeschaltet wird. Dies war auch am 17. Februar ordnungsmäßig geschehen, jedoch zu spät; die ungeheuren Mengen infektiösen Materials hatten den Schieber leider schon passiert, waren in unsere Wasserversorgung und Rohrleitung eingedrungen und hatten ihre unheilvolle Wirkung bereits ausgeübt.

Die nachträglichen umfangreichen geologischen Untersuchungen und Versuche, die die Stadt durch Herrn Prof. Röhrer im Laufe des Sommers 1919 ausführen ließ, ergeben mit zweifelloser Sicherheit die Richtigkeit der oben erwähnten Schlußfolgerung, die sich dem Beobachter schon bei den anfänglichen geologischen Nachforschungen aufdrängten. Bei dem allgemeinen Interesse verlohnt sich, auf die Ergebnisse dieser exakten experimentellen und wissenschaftlichen Forschungen einzugehen, die Prof. Röhrer in einem Sammelbericht vom 1. November 1919 und 29. Dezember 1919 niedergelegt hat. Als Aufgabe hatte er sich gestellt:

I. Untersuchungen des Einflusses der Oberflächenwasser (Bäche, Niederschläge) auf die Quellen und

II. Untersuchungen des geologischen Aufbaues des Quellgebietes.

Das Ergebnis dieser Untersuchungen sollte für die Stadt die Grundlage abgeben für die weitere Behandlung und Beanspruchung der Grösseltalquelle. Der umfangreiche Bericht des Prof. Röhrer verdient weitgehendste fachliche Würdigung und Schätzung, kann aber im Rahmen dieses Berichts nur auszugsweise kritische medizinische Verwertung finden:

Zuvor nochmals wenig Geschichtliches: Die Grösseltalquellen liegen im Laufe des Grösseltalbaches etwa 2 km oberhalb dessen Einflusses in die Enz. Der Bach steigt mit ziemlich großem Gefälle bergauf, teilt sich 1,8 km etwa

bachaufwärts in zwei Seitenbäche, von denen der eine (Engelsbach) steil nach dem hochgelegenen Ort Engelsbrand führt; der andere (oberer Grösselbach) in länger gestrecktem Verlaufe ebenfalls ansteigend nach der entfernter gelegenen Ortschaft Langenbrand. Am linken Hochrand dieses oberen Grösseltalbaches liegt die fragliche Ortschaft Langenbrand. Als Quellen kommen acht Stück in Betracht, die nahe der Talsohle entspringen und von denen die stärkste, die sogenante Reichstätter-Quelle, unterhalb des Zusammenflusses der beiden Bäche liegt. Diesé ist als erste der Quellen im Jahre 1874 von der Stadt gefaßt und mit großen Hoffnungen für die Wasserversorgung nutzbar gemacht. Gleichzeitig mit der Reichstätter-Quelle ist auch die Jagesquelle, dicht oberhalb des Zusammenflusses beider Bäche und ebenfalls von starker Ergiebigkeit erfaßt. Die Reichstätter-Quelle ist jedoch im Jahre 1898 wieder ausgeschaltet, nachdem sie sich im höchsten Grade verdächtig gemacht hatte, daß sie Trägerin der Epidemien vom Jahre 1894 und 1897 war und zwar infolge Verunreinigung durch den nahe liegenden Engelsbach. Dasselbe Schicksal mußte auf Grund der Forschungen des Prof. Röhrer auch die zweitstärkste Quelle, die Jagesquelle erleiden, die nachweisbar dem Einfluß von Oberflächenwasser in größerem Umfange zugänglich ist. Die übrigen 6 Quellen waren im seitlichen oberen Grösseltalbach gefaßt; man hatte geglaubt, daß man damit schon in der Anlage und bei der ausgedehnten Bewaldung der Umgebung ungünstige Beeinflussung vermeiden würde. Wie wenig zutreffend, wenigstens teilweise, diese Annahme war, beweist leider die Geschichte unserer Epidemie, die zu der dauernden Ausschaltung des Keckschen Brunnens führen mußte. In Benutzung sind heute nur noch 4 Brunnen, für die die Röhrerschen Untersuchungen ergaben, daß sie einer Oberflächenbeeinflussung gar nicht oder sehr wenig ausgesetzt sind, und deren Wasser zu aller Fürsorge noch einer ständigen Desinfektion durch Chlorzusatz unterworfen wird. Die Chlorierung des Wassers erfolgt mit einer mechanisch selbsttätig wirkenden Anlage mttels Zusatz einer Hypochloritlösung, aus der durch Elektrolyse Chlor in bestimmten Mengen ausgeschieden wird. Die Anlage selbst ist unmittelbar am Zusammenfluß der verschiedenen Quelle in der Nähe der sogenannten Jagesquelle eingerichtet; das Wasser fließt von da noch mehrere Kilometer lang nach dem Hochbehälter Sonnenberg. Der Erfolg ist, daß die regelmäßigen Untersuchungen des Hochbehälterwassers fast nahezu Keimfreiheit des Wassers ergeben, als Beweis, daß die Desinfektion eine äußerst vollkommene ist. Ich kann mich der Meinung nicht verschließen, daß, hätte man eine solche Anlage schon vor dem Jahre 1894 gehabt, wir wahrscheinlich niemals Typhusepidemien erlebt hätten und heute noch unbeanstandet die ergiebigen großen Quellen im unteren Teil des Grösseltales benützen könnten. Nach den bitteren Erfahrungen, speziell des Jahres 1919, besteht aber nicht mehr der Mut, ein solches Risiko für die Stadt zu übernehmen; die Quellen sollen deshalb ausgeschaltet bleiben, was jedoch für die Stadt bei den teuren Kosten einer Wasserversorgung, bei der das Wasser durch Kraftanlage gehoben und gepumpt werden muß, eine sehr kostspielige Sache ist. Der Wunsch nach Benutzung des billigen kostenlos zufließenden Quellwassers wird deshalb voraussichtlich wohl immer wieder rege werden, kann aber wohl erst einmal Erörterung finden, wenn die Erfahrung eines größeren Zeitraumes über die Wirkung von Desinfektionsanlagen hier und anderorts zu Gebote stehen. Einen Ausweg deutet Prof. Röhrer als Ergebnis seiner Untersuchungen an und zwar in einer tieferen Fassung der Quellen und zwar in Tiefen, wo er Oberflächenbeeinflussung ausgeschaltet vermutet. Ob dieser Weg einmal beschritten werden kann, ist sehr fraglich und zwar deswegen, weil dadurch der Vorteil des natürlichen Gefälles nach dem Hochbehälter zu verloren gehen kann.

Die Untersuchungen und Versuche des Herrn Prof. Röhrer: In geologischer Beziehung stellt er fest, daß das vorher beschriebene Wiesengelände unterhalb des Typhushauses in Waldrennach schräg von einem Weg mit Graben durchzogen ist, der das Regenwasser von den oberhalb gelegenen Wiesen (zu welchen auch die Typhuswiese gehört) auffängt und nach unten leitet. Dieser Graben hat dicht unterhalb der Einmündung des fraglichen Typhuswiesenwassers ein Versenkungsloch, in das das Wasser direkt nach der Tiefe zu versinkt als Zeichen einer gröberen Verbindung mit den lockeren tieferen Erdschichten. Seine Versuche waren Versalzungsversuche mit Nach-

weis, innerhalb welcher Zeit das durch Oberflächenwasser abgespülte Salz an den verschiedenen Brunnen erscheint; ferner Bakterienversuche mit Prodigiosus, statt des Salzes. Die Versuche ergaben, daß die Filtrationsgeschwindigkeit des Salzes aus der oben beschriebenen Versenkung und von einer andern, ebensoweit von der Quelle entfernten Kontrollstelle außerordentlich groß war, bei dem ersten Versuch bei relativ geringer Wassermenge 5 sec/mm, bei einem zweiten Versuch unter Benutzung starker Regenniederschläge sogar 16 bis 17 sec/mm. Die Filtrationsgeschwindigkeit beträgt demnach das 100—300fache der bei künstlichem Filter angenommenen Höchstgrenze. Bei einem dritten Versuch erchien Prodigiosus mit 11—14 sec/km Geschwindigkeit. Damit dürfte der Beweis für die Unzulänglichkeit der Brunnenanlage und für die Physik des Verseuchungsvorgangs in einwandfreiester Weise geführt worden sein.

Ein ähnliches Versuchsergebnis hatten die Versuche in der Umgebung der oben erwähnten Jagesquelle, die deshalb mit dem Keckschen Brunnen der dauernden Ausschaltung verfiel, während 4 Brunnen günstigere und einwandfreiere Ergebnisse ergaben; diese konnten deshalb auch weiterhin für die öffentliche Wasserversorgung nutzbar gemacht werden.

Die Lehre aus unserer Epidemie ist, daß wieder einmal die Unzulänglichkeit von Quellanlagen im Buntsandsteingebiet mit seiner zerklüfteten Konstruktion erwiesen ist. Eine Epidemie kann jederzeit entstehen durch zufällige Beeinflussung. Ueber 20 Jahre hat solche Beeinflussung für unsere Quellen nicht stattgefunden. Ein unglücklicher Zufall und das Zusammentreffen besonderer Umstände haben uns die größte aller Epidemien gebracht; es war dies der Zufall, daß in der einer Quelle benachbarten Ortschaft Waldrennach ein resp. mehrere Typhusfälle nicht erkannt wurden, daß die Erkrankungen in die Winterszeit fielen, die Abgänge der Kranken auf eine gefrorene Wiese gebracht und durch eingetretenes Tauwetter ohne Gelegenheit zu einer Filtration abgeschwemmt waren, daß das Haus, in dem die Kranken wohnten, das nächste Haus bei unserer Quelle war und daß endlich ausgerechnet unterhalb der Einmündung des Abflusses dieser Wiesenwasser eine Bodenversenkung bestehen mußte, die zurzeit künstlich durch Grabenarbeiten geschaffen worden war; gewiß ein Zusammentreffen recht viel zufälliger Momente, von denen man sich sagen muß, daß bei Ausschaltung nur eines einzigen vielleicht die Epidemie nicht entstanden wäre, wenigstens nicht in diesem fürchterlichen Umfange.

Die bakteriologische Prüfung von Wasserproben, wie sie in Pforzheim regelmäßig vorgenommen wurden, sichern keinesfalls vor Ueberraschungen, da sich für den hiesigen Fall wenigstens in keiner Weise alarmierende Zeichen ergeben haben; die einzige Gewähr für Ueberraschungen erscheint uns nur eine zuverlässige physikalische Beschaffenheit einer Brunnenanlage.

Pforzheim selbst wird die Lehre aus dem Vorkommnis ziehen; sie hat zum Teil schon gezogen und wird sich hoffentlich für alle Zeiten zu sichern wissen. Für andere Gegenden und andere Quellenversorgung kann aber unsere Epidemie und unsere Erfahrungen ein bedeutender Fingerzeig sein. Gründliche geologische Untersuchungen und Prüfungen durch ähnliche Versuche, wie sie Prof. Röhrer angestellt hat,

sind auf alle Fälle bei ähnlicher geologischer Unterlage von Quellen und bei allen Quellen, die zeitweise trüben, zu empfehlen. Bei der geringsten Unzuverlässigkeit einer Quelle dürfte sich die Einschaltung einer Desinfektionsanlage nach dem hiesigen oder ähnlichen Muster empfehlen. Anlage und Betrieb einer solchen Desinfektionsanlage ist verhältnismäßig einfach und billig; die Kosten stellen eine geringe Risikoprämie dar gegenüber der Gefahr einer Verseuchung einer solchen Anlage.

Aus Versammlungen und Vereinen.

Bericht über eine Ausschußsitzung des Württembergischen Medizinalbeamtenvereins am 28. November v. J.

An der im Frisonianum in Stuttgart abgehaltenen Sitzung haben die Ausschußmitglieder Gnant, Haag, Köstlin, Schott und Zöppritz teilgenommen.

Der Vorsitzende, Obermedizinalrat Dr. Köstlin, berichtete zunächst über die **Eingaben**, die gemäß den auf der letzten Jahresversammlung gefaßten Beschlüssen von seiten des Vereinsvorstandes an das Ministerium des Innern gerichtet worden sind, sowie über einen daraufhin vom Ministerium ergangenen Erlaß vom 19 November v. J., der folgenden Wortlaut hatte:

„Die Ziff. 1 ist erledigt durch die Verordnung des Staatsministeriums, betreffend Gebühren der Aerzte, Zahnärzte und Hebammen für amtliche Verrichtungen vom 9. Juni 1920, Reg.-Bl. S. 390.

Zu Ziff. 2: Die Frage, welche Regelung bezüglich der Zustellung des Reichsgesetzblattes an die Oberamtsärzte erfolgen soll, ist zurzeit in Behandlung. Es wird Ihnen demnächst hierüber weitere Mitteilung zugehen.

Zu Ziff. 3: Zu Ziff. 3 hat das Finanzministerium in einem neuerlichen Schreiben vom 1. November 1920 Nr. 12332 folgende Stellung genommen:

„Einem etwa künftig hervortretenden neuen und dringenden Bedürfnis nach Wohnungsbeschaffung für einen besoldeten Oberamtsarzt wird, soweit möglich, im Rahmen der Ein- und Neubauten, wofür die Grundlagen nun bereit sind, Rechnung getragen werden können."

Zu Ziff. 5: In dem Entwurf des Staatshaushaltsplans für 1920 Kap. 23 Tit. 2 ist eine Erhöhung der Entschädigung für Kanzleibedürfnisse auf das Doppelte vorgesehen. Ob außerdem besonderer Dienstaufwand im einzelnen Fall auf die Staatskasse zu übernehmen sein wird, kann nur im Einzelfall entschieden werden.

Zu Ziff. 6: Die Frage der Gewährung eines höheren Weggeldes hat durch die Verordnung des Staatsministeriums, betreffend Aenderung der K. Verordnung über die Diäten und Reisekosten der Zivilstaatsdiener vom 23. Juni 1873, vom 14. August 1920, Reg.-Bl. S. 507, ihre Erledigung gefunden. Graf."

Damit hatten die von uns gestellten Forderungen durch das Ministerium zunächst ihre Erledigung gefunden, da sich die Oberamtsärzte mit dieser Erledigung aber noch keineswegs für vollkommen befriedigt erklären konnten, so hat der Ausschuß beschlossen, noch zwei weitere Eingaben an das Ministerium zu richten,

1. betreffend eine **50% Erhöhung der Gebührenordnung** vom 9. VI 1920, und zwar für sämtliche Gebührensätze, und nicht nur für die Mindestsätze, wie dies bei der letzten Teuerungszulage der Fall gewesen ist, und

2. betreffend die **Dienstaufwandsentschädigung der Oberamtsärzte**, wobei nochmals die dringende Bitte ausgesprochen wurde, diese für die vollbesoldeten Oberamtsärzte in der Höhe von 2500 M. und für die nicht vollbesoldeten in der Höhe von 1500 M. festzusetzen.

Beide Eingaben sind unterm 10. XII. an das Ministerium abgegangen; auf die erste Eingabe ist eine Antwort bis jetzt noch nicht erfolgt, bezüglich der letzteren hat das Ministerium durch Erlaß vom 24. XII. den Medizinalbeamtenverein aufgefordert, zur Begründung des Antrags zunächst noch einen

eingehenden Nachweis des den Oberamtsärzten tatsächlich entstehenden Dienstaufwandes zu geben.

Zum Zweck der Beantwortung dieser Frage wird in den nächsten Tagen noch eine weitere Ausschußsitzung stattfinden.

Zu Ziff. 2 seines Erlasses vom 19. XI. hat uns das Ministerium unterm 3. I. d. J. dann noch den weiteren Bescheid zugehen lassen, von einer Zuteilung des Reichsgesetzblattes an die Oberamtsärzte werde für das Jahr 1921 versuchsweise abgesehen werden, dagegen vermöge das Ministerium dem Antrag, den Oberamtsärzten an Stelle des Reichsgesetzblattes die Zeitschrift für Medizinalbeamte von Amts wegen zuzustellen, nicht zu entsprechen, da die Mittel für diesen Zweck nicht zur Verfügung stehen.

Zuvor sind unterm 20. IX. v. J. von uns noch zwei weitere Eingaben an das Ministerium des Innern gerichtet worden.

1. betreffend die **Amtsbezeichnung der Oberamtsärzte** mit der Bitte, diesen die Amtsbezeichnung „Medizinalrat" zu verleihen, und

2. betreffend die **Besoldungsordnung der Oberamtsärzte**, dahingehend, es sollen im Verhältnis ebensoviele Oberamtsärzte in die Besoldungsgruppen XI und XII eingereiht werden, als Oberamtsvorstände für diese Gruppen vorgesehen seien; bezüglich der letzteren Forderung ist später noch eine gleichlautende Eingabe auch an die Abgeordnetenkammer gerichtet worden; über das Schicksal dieser Eingaben ist uns inzwischen etwas Näheres nicht bekannt geworden.

Weiter ist in der Ausschußsitzung vom 28. XI. auch noch zur Sprache gekommen, daß nach dem Haushaltungsplan für das Jahr 1920 die Staatsregierung zu beabsichtigen scheint, bei Neubesetzung von Oberamtsarztstellen die neuernannten Stelleninhaber zur Uebernahme von Nebenämtern (Hausarztstelle an Gefängnissen u. dergl.) ohne besonderes Entgelt zu verpflichten, was in direktem Widerspruch stehen würde zu den anläßlich der Beratungen des Oberamtsarztgesetzes den Oberamtsärzten von seiten der Regierungsvertreter gemachten Versprechungen, es sollen diesen zum Zweck ihrer pekuniären Besserstellung nach Tunlichkeit auch die Einkünfte solcher Nebenämter zugewendet werden; unter diesen Umständen ist der Ausschuß der Ansicht gewesen, es sollen die Kollegen unter keinen Umständen sich darauf einlassen, bei Uebernahme ihrer Stelle der Regierung gegenüber vertragbindende Zusagen zu machen.

Dr. Köstlin.

Kleinere Mitteilungen u. Referate aus Zeitschriften.

Bakteriologie und Bekämpfung der übertragbaren Krankheiten.

Typhus.

Zur Frage der Wirksamkeit der Typhusschutzimpfung. Von Dr. A. Galambos, Chefarzt der Infektionsabteilung des Reservespitals I in Klagenfurt. Wiener klin. Wochenschrift; 1920, Nr. 20.

Die Arbeit wurde bereits im Winter 1917/18 fertig gestellt, damals aber aus militärischen Gründen nicht veröffentlicht. Der Autor sah bei einem Truppenkörper, dessen Angehörige seit Beginn 1917 im Dienste standen und die im April 2 mal, im Juni 1 mal gegen Typhus schutzgeimpft waren, 33 Erkrankungen mit teils bakteriologisch (9 mal Typhus, 5 mal Paratyphus), teils klinisch festgestelltem Bilde des Typhus im Verlaufe des Sommers 1917 auftreten. Die Erkrankungen verliefen schwer; 7 Kranke starben, meist im Beginn der 2. Woche. Die Krankheitsdauer überschritt bei den übrigen 4 Wochen. Zur Beobachtung kamen Mischinfektionen (Ruhr), ferner Komplikationen, wie Lungenentzündung, Meningismus, Wundliegen. Wenn die im Jahre 1870/71 beobachtete plötzliche Morbiditätsabnahme ohne Schutzimpfung erfolgen konnte, dürfen wir auch die im Jahre 1914/15 beobachtete Morbiditätsabnahme nicht als Folge der Schutzimpfung auffassen, um so mehr, als der Schutzimpfung oft keine Ab-, sondern eine Zunahme der Morbidität folgte. Hünermann selbst konnte auf dem Warschauer Kongreß 2 Kurven demonstrieren, in denen der Schutzimpfung eine mäßigere und 2, wo eine gewaltige Steigerung der Morbiditätsziffern folgte. Spontane Schwankungen der Epidemien spielen

auch hier eine große Rolle. Immerhin gibt der Autor zu, daß neben den anderen wirksamen Faktoren die Typhusschutzimpfung in der Herabsetzung der Typhusmorbidität, in dem Erlöschen der epidemischen Verbreitung des Typhus eine bedeutende Rolle spielen kann. Die auf die Typhusmortalität ausgeübte Wirkung könne er aber nicht als erwiesen ansehen.

Dr. Mayer-Meisenheim.

Perforation einer erweichten Typhuslymphdrüse in die Bauchhöhle. Demonstration im Verein der Aerzte in Oberösterreich. Von Prof. Dr. Chiari. Wiener klin. Wochenschrift; 1920, Nr. 32.

Drei Wochen nach der Entfieberung eines an Typhus erkrankten 13 jährigen Schülers traten heftige Schmerzen im Bauche, Brechreiz, Stuhlverhaltung, Auftreibung des Leibes auf. Unter der Diagnose Appendicitis wurde der Bauchschnitt gemacht. Appendix, Ileum und Coecum waren unversehrt; dagegen waren die ileozoekalen Lymphdrüsen geschwollen, die Serosa des Gekröses eitrig belegt. Eine Lymphdrüse war erweicht und in die Bauchhöhle durchgebrochen; im Exsudat waren Trümmer von Typhusbazillen innerhalb der polynukleären Leukozyten nachweisbar. Dr. Mayer-Meisenheim.

Mitteilung über Heilversuche bei Typhus- und Paratyphusbazillenträgern. Von Dr. Bumke und Dr. von Teubern-Bonn. Beiträge zur Klinik der Infektionskrankheiten; Bd. 8, H. 1—2.

Da die von dem Verfasser auf 12% angenommenen Erfolge sich auf 6 verschiedene Mittel annähernd gleichmäßig verteilen, so ist es erklärlich, daß es ein bestimmtes Heilmittel für die Dauerausscheidung noch nicht gibt. Bumke weist darauf hin, daß die Behandlung von Typhus-, Paratyphus A und B-Bazillenträgern mit „starkem“ Kolistamm nach Nissle erfolglos war.

Dr. Wolf-Hanau.

Beiträge zur Klinik, Bakteriologie und Therapie von Bazillenträgern der Typhus- und Ruhrgruppe. Von Dr. Hermel-Hamburg. Ebenda; Heft 3.

Der Prozentsatz der chronischen Dauerausscheider betrug während des Krieges für Typhus 0,25%, Paratyphus B 3,9%, Paratyphus A 2,2%. Weder die Behandlung mit Thymolpalmitinsäurester noch das Nisslesche Verfahren hatten Erfolg, das von Stuber vorgeschlagene Zystienquecksilber versagte um 65%. Eine vollständige Heilung ist erst dann anzunehmen, wenn neben den Stuhl- und Urinuntersuchungen auch die öfters mit Hilfe der Duodenalsonde gewonnene Galle sich als frei von Bazillen erwiesen hat.

Dr. Wolf-Hanau.

Tagesnachrichten.

Im Reichsanzeiger vom 17. Februar d. J. ist die neue **Prüfungsordnung für Kreisärzte** vom 9. Februar d. J. veröffentlicht; wir werden sie in der nächsten Nummer dieser Zeitschrift veröffentlichen und einer Besprechung unterziehen.

Bekämpfung der Tuberkulose. In den beiden schlesischen Kreisen Waldenburg und Landeshut haben die dortigen Kreisärzte die Betriebsräte des Waldenburger Reviers veranlaßt, dahin zu wirken, daß die Arbeiter und Angestellten durch eigne Arbeit die Geldmittel zur Errichtung und Unterhaltung von Lungenheilstätten aufbringen. Zu diesem Zwecke wird während eines Jahres jeden Monat eine Stunde mehr gearbeitet und aus dem für diese „Wohlfahrtsstunde“ erhaltenen Lohn ein „Wohlfahrtsfonds“ gebildet. Von den dortigen 87000 Arbeitern haben sich etwa 10000 zur Leistung derartiger Wohlfahrtsstunden bereit erklärt. In einem Orte Rothenbach (Kreis Landeshut) haben die Bergarbeiter sogar kürzlich eine volle Ueberschicht zur Errichtung einer Heilquelle für Bergarbeiterkinder vorgesehen, die etwa 200000 M. eingebracht hat. Jedenfalls ein nachahmenswertes Beispiel zur Bekämpfung der Tuberkulose.

In der Zeit vom 14.—18. März findet in **München** wieder ein **Fortbildungskursus über Säuglings- und Kleinkinderfürsorge** für Bezirksärzte und praktische Aerzte statt, zu dem 24 Bezirksärzte, aus jedem Kreise 3, zugelassen werden, und zwar in erster Linie solche, die seither noch keinen Kursus mitgemacht haben. Den Teilnehmern werden die Fahrtkosten ersetzt und 300 M. für Verpflegungskosten gewährt. Der Kursus beginnt Montag, den 14. März d. J. um 9 Uhr vormittags im Hörsaal des Arbeitermuseums, Pfarrstraße Nr. 3.

Das Deutsche Zentralkomitee für ärztliche Studienzwecke veranstaltet im März d. J. eine **zehntägige ärztliche Studienreise** zum Besuch der im besetzten Gebiet gelegenen Bäder Ems, Wiesbaden, Kreuznach, Münster am Stein, Godesberg, Neuenahr und Nauheim. Die Reise beginnt am 15. März in Marburg und endet am 24. März in Nauheim. Der Preis wird einschl. aller Eisenbahnfahrten in reservierten Wagen III. Kl. sowie Unterkunft und Verpflegung (ausschl. der Getränke und Trinkgelder) etwa 950 Mark betragen. Meldungen sind an das Zentralkomitee, Berlin W. 9, Potsdamerstraße 134 B zu richten.

Sprechsaal.

Anfrage des Kreisarztes Dr. B. in D.: Ist ein vollbesoldeter Kreisarzt, in dessen Amtsbezirk ein besonderer Gerichtsarzt angestellt ist, verpflichtet, die ihm von den Gerichtsbehörden zugehenden **Gebühren für gerichtsärztliche Verrichtungen** an die Staatskasse abzuführen, wenn er während der Vakanz der Gerichtsarztstelle mit der Vertretung des Gerichtsarztes beauftragt ist?

Antwort: Nein! Da der vollbesoldete Kreisarzt bei Anstellung eines besonderen Gerichtsarztes nicht Gerichtsarzt seines Amtsbezirkes ist, sind auch etwaige Gebühren, die er für eine gerichtsärztliche Tätigkeit einnimmt, nicht als amtsärztliche anzusagen.

Bekanntmachung.

Der **Preußische Medizinalbeamtenverein** ist schon im Mai 1920 dem **Bunde höherer Beamter** als **korporatives Mitglied** beigetreten. Es erübrigt sich daher für unsere Mitglieder, persönliches Mitglied des Bundes höherer Beamter zu werden. Auch der Beitritt einzelner unserer Mitglieder oder eines Bezirks- und Provinzialvereins der Medizinalbeamten zum Berufsverein höherer Verwaltungsbeamter, der gleichfalls dem Bunde höherer Beamten angehört, bedeutet bei der bisher bewährten Geschlossenheit der Medizinalbeamten, deren dienstliche und wirtschaftliche Belange nach wie vor durch den Preußischen Medizinalbeamtenverein in steter Wachsamkeit und mit Nachdruck vertreten werden, keinen Vorteil und unterbleibt besser zur Vermeidung von überflüssigen Beiträgen.

Dem Preußischen Medizinalbeamtenverein gehören 98 v. H. aller preußischen Kreisärzte und Medizinalbeamten in der Bezirks- und Zentralinstanz an.

Der Vorstand des Preussischen Medizinalbeamtenvereins
Geheimer Med.-Rat Dr. Wodtke, Vorsitzender.

Verantwortlich für die Schriftleitung: Prof. Dr. Rapmund, Geh. Med.-Rat in Lippspringe.
Druck von J. C. C. Bruns, Minden i. W.

34. Jahrg. Nr. 5 — 5. März 1921

ZEITSCHRIFT FÜR MEDIZINALBEAMTE

Zentralblatt

für das gesamte Gebiet der gerichtlichen Medizin und Psychiatrie, des staatlichen und privaten Versicherungswesens, sowie für das Medizinal- und öffentliche Gesundheitswesen, einschl. der praktischen und sozialen Hygiene.

Herausgegeben von

Prof. Dr. Otto Rapmund

Geh. Med.-Rat in Bad Lippspringe.

Offizielles Organ des Deutschen, Preussischen, Bayerischen, Sächsischen, Württembergischen, Badischen, Hessischen, Mecklenburgischen, Thüringischen und Braunschweigischen Medizinalbeamtenvereins.

Eine Beilage: Rechtsprechung und Medizinalgesetzgebung

Bezugspreis für das Jahr: 30 M, durch die Post bezogen: 32 M.

VERLAG VON FISCHER'S MEDIZ. BUCHHANDLUNG H. KORNFELD,
Berlin W. 62, Keithstraße 5.

INHALT.

Geschäftsstelle und Versand für die Mitglieder des Medizinalbeamtenvereins durch J. C. C. BRUNS, Buchdruckerei, MINDEN i. WESTF.

Alleinige Anzeigen-Annahme und verantwortlich für den Anzeigenteil: HANS PUSCH, BERLIN SW. 48, Wilhelmstraße 28.

Personalien.

Deutsches Reich und Preussen.

Auszeichnungen: Verliehen: der Charakter als „Medizinalrat" dem Kreisarzt Dr. Scheu in H ydekrug (Memelgebiet).

Versetzt: Kreisarzt Troeger in Groß-Wartenberg nach Oels.

Gestorben: Med.-Rat Dr. Rieger, Kreisarzt in Breslau.

Bayern.

Ernannt: Bahnarzt Dr. Braun in Bergtheim zum Bezirksarzt in Neuburg a. W.

Versetzt: Bezirksarzt Dr. Führer in Schrobenhausen nach Ebersberg.

Gestorben: Ob.-Med.-Rat Dr. Eccard, Direktor der Kreiskranken- und Pflegeanstalt in Frankenthal (Pfalz).

Sachsen.

Ernannt: Dr. Friedrich Halle in Zwickau zum Stadt-, Polizei- und stellvertretenden Stadtbezirksarzt, Dr. K. Keller in Zwickau zum Stadt-, Schul- und Impfarzt daselbst, Dr. Träger in Bant zum Stadtarzt daselbst.

Württemberg.

Ernannt: Oberamtsarzt Dr. Muntsch in Neresheim zum vollbesoldeten Oberamtsarzt des zusammengelegten Oberamtsbezirks Aalen-Neresheim.

In den Ruhestand getreten: Med.-Rat Dr. Ludwig, Oberamtsarzt in Leonberg.

Baden.

Ernannt: Dr. R. Weber in Schönau zum Bezirksarzt daselbst.

Erledigte Stellen.

Preussen.

Zum 1. April ist die Kreisarztstelle in Breslau-Stadt neu zu besetzen. Bewerbungen sind bis zum 25. März d. J. durch die Hand des für den Wohnort des Bewerbers zuständigen Regierungspräsidenten an das Ministerium für Volkswohlfahrt, Berlin W. 66, Leipzigerstraße Nr. 3, einzureichen.

---

34. Jahrg. | 1921.

Zeitschrift für MEDIZINALBEAMTE

Zentralblatt
für das gesamte Gebiet der gerichtlichen Medizin und Psychiatrie, des staatlichen u. privaten Versicherungswesens, sowie für das Medizinal- u. öffentliche Gesundheitswesen, einschl. der prakt. u. sozialen Hygiene

Herausgegeben
von
Prof. Dr. Otto Rapmund
Geh. Med.-Rat in Bad Lippspringe.

Offizielles Organ d. Deutschen, Preußischen, Bayerischen, Sächsischen, Württembergischen, Badischen, Hessischen, Mecklenburgischen, Thüringischen u. Braunschweigischen Medizinalbeamtenvereins

Verlag von Fischer's med. Buchhandlung H. Kornfeld
Herzogl. Bayer. Hof- u. K. u. K. Kammer-Buchhändler
Berlin W. 62, Keithstrasse 5

Nr. 5.	Erscheint am 5. und 20. jeden Monats	5. März.

Zweimalige Erkrankung an epidemischer Genickstarre.

Von Geh. Medizinalrat Dr. Räuber, Regierungs- u. Medizinalrat in Erfurt.

Die akuten Infektionskrankheiten zeigen ein verschiedenes Verhalten gegenüber der durch ihr Ueberstehen erlangten Immunität. Während wiederholte Erkrankungen derselben Person an Diphtherie, Grippe, Unterleibstyphus, Rose vorkommen, ruft das einmalige Ueberstehen der Krankheit bei Masern, Scharlach, Pocken, Windpocken, Fleckfieber, Gelbfieber, Syphilis für lange Zeit oder das ganze Leben Immunität hervor. Dies gilt auch für die epidemische Genickstarre, wenigstens habe ich in der mir zugänglichen Literatur keine wiederholten Erkrankungen bei ein und derselben Person erwähnt gefunden. Deshalb dürfte die Veröffentlichung nachstehenden Falles gerechtfertigt erscheinen:

Der am 18. 11. 1887 geborene Unteroffizier H., der 1909—1911 aktiv gedient hatte, wurde am 4. 8. 1914 zum Militär eingezogen, kam ins Feld, wurde wegen Lungenleidens (im 16. Lebensjahr Brustfellentzündung) zurückgezogen und als feld- und garnisondienstunfähig entlassen; er trat etwa am 24. 10. 14 wieder freiwillig ein und kam am 4. 11. 1914 abermals ins Feld. Am 24. 11. 14 wurde er am linken Zeigefinger leicht verwundet und am

31. 12. 14 aus einem Reservelazarett im Rheinland als geheilt in die Garnison Erfurt entlassen. Hier erkrankte er am 20. 1. 1915 an Genickstarre, von der er am 16. 3. 1915 geheilt als garnisondienstfähig wieder zur Truppe entlassen werden konnte. Bei dieser Erkrankung fand man am 27. 1. 15 bei der Lumbalpunktion keinen wesentlich erhöhten Druck, der Liquor war aber rein eitrig; im Medizinaluntersuchungsamt wurden darin Meningokokken nachgewiesen, im Urin Albumen. Es wurden dann wiederholt bei erhöhtem Druck Lumbalpunktionen vorgenommen und Liquor abgelassen, der allmählich klarer wurde. Vom 7. 2. an erholte sich H. langsam. Außer geringen Kreuzschmerzen fühlte er sich beschwerdefrei. Bei seiner Entlassung hatte er nur noch geringe Schwäche, während Nasen-Rachenschleim frei von Kokken war.

Nachdem H. eine Zeitlang Garnisondienst getan hatte, klagte er am 15. 4. 15 über Kopfschmerzen und Schmerzen im linken Bein, wurde wegen Ischias (Druckpunkte am N. ischiadicus vorhanden) vom 16. 4. 15 bis 7. 5. 15 im Reservelazarett behandelt und wieder als garnisondienstfähig zur Truppe entlassen, Urin war eiweiß- und zuckerfrei, Tuberkulinreaktion negativ. Aber bereits am 17. 6. 15 mußte er wegen Schmerzen im linken Hüftgelenk in eine andere Reservelazarettabteilung aufgenommen werden, in der Schmerzen beim Druck auf den Gelenkkopf und lautes Knacken bei Bewegungen im linken Hüftgelenke festgestellt wurden, während Druck auf den Nerven und Lasèque sich negativ erwiesen. Dagegen hatte er lebhafte Patellarreflexe besonders links, Schmerzen beim Gehen und dauernde Kopfschmerzen. Nach elektrischer und Schwitzkastenbehandlung schnelle Besserung, so daß er am 28. 8. 15 mit nur etwas hinkendem Gang und mit 14tägigem Schonungsurlaub als garnisondienstfähig zur Truppe entlassen wurde.

Vom 14. 9. 15 bis 21. 9. 15 kam H. wegen Mandelentzündung wieder ins Lazarett, von wo er nach linksseitiger Tonsillotomie geheilt zur Truppe entlassen wurde. Am 10. 10. 15 rückte er wieder ins Feld. Nach seinen Angaben ist er aber am linken Bein immer noch etwas gehindert gewesen und hat dieses nachschleppen müssen. Nach einer frischen Erkältung hat er dann später neue Schmerzen im untersten Teile der Wirbelsäule bekommen, die im Verlauf der Hüftnerven auftraten. Vom 26. 11. bis 17. 12. 15 ist er infolgedessen im Kriegslazarett behandelt worden, wo man die typischen Druckpunkte schmerzempfindlich fand und annahm, daß es sich wahrscheinlich um eine Folge der alten Genickstarreerkrankung handele. Er wurde daher mittelst Lazarettzuges in die Heimat überführt, zunächst mit Verdacht auf Diphtherie vom 8. 12. 15 bis 5. 2. 16 in einem Reservelazarett in Wiesbaden behandelt, die sich aber als einfache Mandelentzündung erwies. Indessen blieben die Ischiadicus-Druckpunkte schmerzhaft, ebenso der Druck auf den N. peroneus. Gang hinkend, Lasèque positiv, keine Atrophie des Beines. Nach Gebrauch von 24 Thermalbädern kam er dann ohne Hinken mit völligem Wohlbefinden ohne schmerzhaften Druck auf den Stamm des N. ischiadicus als dienstfähig zum Truppenteil nach seiner Heimat Erfurt.

Hier tat er bei der Truppe Dienst bis zum 16. 3. 1916, an welchem Tage er mit Schüttelfrost, Erbrechen, Fieber, Kopfschmerzen plötzlich erkrankte und auf der Straße umfiel, so daß er am 17. 3. völlig benommen mit Nackenstarre ins Lazarett wegen Genickstarre aufgenommen werden mußte. Bei der Lumbalpunktion stark erhöhter Druck, Liquor sehr stark trüb-serös mit Beimischung von Eiterflocken. Wiederum wurden im Liquor Meningokokken durch das Medizinaluntersuchungsamt nachgewiesen. Während sich im Laufe der Behandlung das Allgemeinbefinden besserte und der Liquor, der am 1. 4. noch Meningokokken aufwies, am 27. 4. sich als steril erwies, trat bereits am 14. 4. ein pneumonischer Herd auf, das Sensorium trübte sich und am 8. 5. 16 erfolgte der Tod. Bei der Sektion fanden sich fibrinös-eitrige Flüssigkeit der Meningen an der Konvexität und Basis des Gehirns, leicht abgeplattete Windungen, große Eiterflocken in beiden Vorderhörnern des Ventrikels, Tela chorioidea fibrinös-eitrig belegt, im Durasack trübe eitrige Flüssigkeit.

Wo der Kranke sich seine erste Infektion zugezogen hat, war unbekannt. Vereinzelte Fälle kamen im Anfang des

Jahres 1915 überall vor, auch in westlichen Teilen des Reiches; man muß deshalb annehmen, daß H., nachdem er aus dem Felde Ende November 1914 in ein Lazarett des Rheinlandes gekommen war, entweder dort oder noch wahrscheinlicher in Erfurt die Infektionskeime aufnahm, zumal wenn man mit einer Inkubationszeit von 4—5 Tagen rechnet. Einzelne Fälle waren hier gemeldet, freilich nur einer aus der Woche vom 31. 1.—6. 2. 15 in der Garnison (wohl vorliegender Fall) und ein anderer in der Woche vom 23. 5.—29. 5. 15 im hiesigen Gefangenenlager.

Bei der zweiten Erkrankung dagegen, die am 17. 3. 16 auftrat, wurden im Februar, März und April 1916 3 Erkrankungen hier gemeldet, darunter 2 aus der Zivilbevölkerung. Alle endeten letal. Es ist ja eine Eigentümlichkeit der Genickstarre, daß niemals gleichzeitige Erkrankungen einer größeren Menge zusammenwohnender oder in nächster Nähe zueinander wohnender Menschen vorkommen, wie besonders in der großen Epidemie im Reg.-Bez. Oppeln von Flatten beobachtet wurde, daß auch bei Erkrankungen in Kasernen sie sprungweise auftreten. Dadurch wird die Erkenntnis der Infektionsquelle sehr erschwert.

Man kann zweifelhaft sein, ob die Schmerzen im linken Bein noch eine Nachkrankheit der ersten Genickstarreerkrankung darstellen. Dafür spricht der Umstand, daß sich wiederholt am Hüftnerven schmerzhafte Druckpunkte fanden. Man kann annehmen, daß die austretenden Nerven, speziell der linke N. ischiadicus, von Eiter des Durasackes umhüllt gewesen und durch eine absteigende Eiterung in Mitleidenschaft gezogen war. Derartige Nervenkrankheiten sind m. W. selten, während Lähmungen etwas Gewöhnliches sind. Der Befund vom 17. 6. 15 spricht mehr für eine entzündliche Affektion des Hüftgelenks. Auffallend ist auch die fehlende Abmagerung des linken Beines. Wie dem auch sein mag, man muß doch annehmen, daß die Krankheit im ganzen geheilt war. Der Kranke war sogar soweit hergestellt, daß er wieder ins Feld gehen konnte. Dazu gehört doch ein hoher Grad von Gesundheit und Wohlbefinden. Die Annahme, daß es sich um einen im Innern des Körpers schlummernden Herd von Meningokokken handelte, der plötzlich aufflackerte, will mir nicht wahrscheinlich erscheinen. Wenn man auch Nachkrankheiten mit der Gesamtdauer eines halben Jahres und darüber beobachtet hat, so war doch hier über ein Jahr seit der ersten Erkrankung vergangen, in dem sich der Kranke eines Wohlbefindens erfreute. Auch sind meines Wissens derartige Fälle nicht bekannt, in denen nach so langer Zeit ein plötzliches Aufflackern der Krankheit erfolgte. Wenn aber dem so ist, so ist der vorliegende ein sehr seltener Fall, der wohl beachtenswert ist und eine Ausnahme von der Regel darstellt.

Zum Ausbau der Krüppelfürsorge.

Von Dr. **Rehberg**, Kreisarzt und Stadtarzt in Tilsit.

Die von der Hauptwohlfahrtsstelle Ostpreußen Anfang des Jahres 1920 durchgeführte Zählung aller Krüppel bis zum Alter von 16 Jahren bot mir Gelegenheit, durch eingehende Untersuchung die 102 im Stadtkreise Tilsit (ca. 50000 Einwohner) gemeldeten Fälle nicht nur ärztlich, sondern auch unter dem Gesichtspunkt der Fürsorge nach den Bestimmungen des neuen Krüppelgesetzes vom 6. Mai 1920 nachzuprüfen. Es wurde in jedem Fall festgestellt: Eintritt des Krüppelleidens, Eintritt der Fürsorgebedürftigkeit, Schuld am Zustandekommen des Krüppeltums, bestehende oder bestimmt zu erwartende Erwerbsbeschränkung, Möglichkeit der Verhütung bezw. Beseitigung des Leidens, ferner die Art des notwendigen Heilplanes. Diese Begutachtung stützte sich auf eigene mehrjährige Erfahrungen als ärztlicher Leiter eines größeren Krüppelheims.

Das Material wurde in folgenden Hauptgruppen zusammengefaßt:

I. Wachstumstörungen der Knochen (Rhachitis usw.), von denen 2 rhachitische Coxa vara, die anderen Verkrümmungen der Gliedknochen betrafen: 26 Fälle. Die bestehende bezw. voraussichtliche Erwerbsbeschränkung war unwesentlich bezw. noch unbestimmt bei 13 Fällen; die anderen 13 waren erwerbsbeschränkt und zwar durch Verschulden der Eltern 5 mal (Vernachlässigung 4 mal, Verweigerung eines unblutigen Eingriffes 1 mal) infolge ungenügender ärztlicher Behandlung 3 mal.

II. Chronische Entzündungen der Knochen und Gelenke: 3 Fälle und zwar 2 von chronischem Gelenkrheumatismus, 1 von Osteomyelitis mit Fisteln (2 von den Eltern hochgradig vernachlässigt).

III. Tuberkulose der Knochen und Gelenke (außer der Wirbelsäule): 8 Fälle; bei allen war bleibende Erwerbsbeschränkung anzunehmen. Von ihnen war einmal das Krüppeltum durch Lässigkeit der Eltern verschuldet, 5 andere waren nicht genügend behandelt worden (1 mal nicht erkannt, 3 mal 2 Monate bis 2 Jahre zu spät in Behandlung genommen, 1 mal nach Gelenkoperationen ohne Fixation entlassen worden).

IV. Schlaffe Lähmungen: 20 Fälle; 1 Fall nach Diphtherie, 1 Fall nach Scharlach, die anderen nach spinaler Kinderlähmung, ebenfalls alle in ihrer Erwerbsfähigkeit behindert. In 4 Fällen war es zu erheblicher Krüppelhaftigkeit durch Schuld der Eltern gekommen: 3 mal war das Leiden völlig vernachlässigt, 1 mal war die Aufnahme in eine Krüppelheilanstalt verweigert worden. In 3 Fällen war die ärztliche Behandlung mangelhaft gewesen.

V. Spastische Lähmungen: 7 Fälle, davon 1 Little, 1 Lähmung nach Scharlach, die andern angeborene zerebrale Kinderlähmung; 3 waren in geringem Grade schwachsinnig. 1 Fall betraf ein völlig vernachlässigtes Krüppelkind, dessen Aufnahme in klinische Heimbehandlung die pflegende Großmutter verweigert hatte. Erwerbsbeschränkung lag bei allen vor.

VI. Schwere Skoliosen: 11 Fälle, 1 nach Poliomyelitis, die anderen nach Rhachitis. Bei 2 hatten die Eltern nie ärztlichen Rat nachgesucht; 5 andere, von Kindheit an in ärztlicher Beobachtung, waren nie mit korrigierenden oder fixierenden Verbänden behandelt worden.

VII. Tuberkulöse Spondylitis: 11 Fälle, davon 5 noch in floridem Stadium; ein trauriges Bild, alle in hohem Grade verkrüppelt. 5 mal waren die Eltern daran schuld: 2 mal waren sie zu spät zum Arzt gegangen, 3 mal hatten sie eigenmächtig den Verband entfernt; bei 4 anderen Fällen war das Leiden ½—2 Jahre zu spät, bei 2 anderen ganz ohne fixierende Verbände ungenügend behandelt worden.

VIII. Deformitäten der oberen Gliedmaßen: 6 Fälle, und zwar angeborenes Fehlen von Gliedern 2 mal, andere Mißbildungen 2 mal, Verlust von Gliedern durch Unfall 2 mal.

IX. Deformitäten der unteren Gliedmaßen: je ein Fall von schwerem Klumpfuß und Plattfuß, dieser von den Eltern vernachlässigt.

X. Angeborene Hüftgelenkverrenkung: 7 Fälle, durchweg einseitig und alle bis auf einen über 6 Jahre alt. 2 Kinder (9 und 12 Jahre alt) waren von den Eltern überhaupt noch nie, 2 zu spät zum Arzt gebracht worden, einmal hatten die Eltern jeden Eingriff verweigert. Bei 3 Fällen war das Leiden vom Arzt verkannt bezw. unsachgemäß behandelt worden.

XI. Schiefhals, nach der Geburt entstanden: 1 Fall.

In fast der Hälfte der Fälle war somit mangelhafte Fürsorge für das Entstehen oder den Grad des Gebrechens anzuschuldigen, und zwar bei einem Viertel der Gesamtzahl Lässigkeit und Unverstand der Eltern, ebenso oft etwa ungenügende ärztliche Behandlung.

Es standen von Gruppe

im Alter von	I	II	III	IV	V	VI	VII	VIII	IX	X	XI	zusammen
1— 2 Jahren:	3	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	4
3— 4 „	14	—	—	—	1	1	1	1	—	1	—	19
5— 6 „	1	—	1	3	—	1	2	—	—	—	—	8
7— 8 „	4	—	—	4	1	1	1	1	1	3	—	16
9—10 „	1	—	3	5	1	2	2	3	1	1	—	19
11—12 „	1	1	1	5	—	2	2	—	—	2	—	14
13—14 „	—	—	2	1	1	2	2	—	—	—	—	8
15—16 „	2	2	1	3	3	1	1	1	—	—	1	14

Das Krüppelleiden war bei Gruppe

	I	II	III	IV	V	VI	VII	VIII	IX	X	XI	zusammen
angeboren:	—	—	—	—	6	—	—	4	2	7	1	19 mal
es entstand im Alter von												
1— 2 Jahren:	23	—	1	13	—	9	5	—	—	—	—	51 „
3— 4 „	3	—	1	5	1	1	3	—	—	—	—	14 „
5— 6 „	—	—	2	2	—	1	2	1	—	—	—	8 „
7— 8 „	—	—	2	—	—	—	1	—	—	—	—	3 „
9—10 „	—	1	1	—	—	—	—	1	—	—	—	2 „
11—12 „	—	2	1	—	—	—	—	—	—	—	—	4 „
13—14 „	—											
15—16 „	—											

Die Erwerbsbeschränkung, die schon bestand bezw. zu erwarten war, betrug auf den Durchschnitt der Fälle, bei denen diese Berechnung möglich war,

in Gruppe	I	II	III	IV	V	VI	VII	VIII	IX	X	XI
	20	unbestimmt	46	38,7	51,2	31	54,5	26,6	25	33	20 %
durch rechtzeitige Behandlg. hätte erreicht werden können:	2		4	18	25,5	4,5	2	20	0	0 (?)	0 „
kann jetzt noch erreicht werden:	4		20	22	31,4	20	20	18,3	10	23	0 „

Im Durchschnitt betrug bei allen 88 dieser Berechnung zugrunde liegenden Fällen die Erwerbsbeschränkung 35,9 %, sie hätte durch rechtzeitiges Eingreifen herabgedrückt werden können auf 8,9 %, sie kann jetzt noch beschränkt werden auf 19,8 %.

Wenn das hier niedergelegte Material auch nicht als Maßstab für alle Kreise dienen kann, da in einem ärztlich gut versorgten Stadtkreise leichtere Fälle (Klumpfüße u. dergl.) schon entkrüppelt, geistig Minderwertige in Anstalten untergebracht sind, so kann es mit 102 Fällen auf 50000 Einwohnern (das Krüppelgesetz rechnet, s. Ausf.-Best. VI B., etwa ein Krüppel auf 1000 Einwohner) auf einen hohen Grad von Vollständigkeit Anspruch erheben. Es stellt im großen ganzen den Fürsorgekreis dar, den das Gesetz umspannt, und darf daher an ihm gezeigt werden, wie die Gesetzesbestimmungen durchzuführen sein werden.

A. Ermittelung.

Die Ermittelung der Fürsorgebedürftigen wird gewährleistet durch die Anzeigepflicht des Arztes und der Hebamme, die jede ihnen in Ausübung ihres Berufes zur Kenntnis kommende Verkrüppelung zu melden haben (§ 3), durch die Anzeigepflicht der Lehrer (§ 4), und ferner durch die erweiterte Anzeigepflicht der Aerzte, Krankenpflegepersonen und Fürsorgeorgane, die auch jede drohende Verkrüppelung zu melden haben. Streng erfaßt wird das schulpflichtige Alter, ziemlich lückenlos auch noch das früheste Kindesalter, wenigstens soweit die Kinder ausnahmslos nach der Geburt von der Hebamme und im Laufe des 1. Jahres auch noch vom Impfarzt besichtigt werden können. Immerhin können die Hebammen nur die sinnfälligsten Veränderungen erkennen und auch der Impfarzt kann kaum feinere Untersuchungen z. B. auf angeborene Hüftluxation oder dergl. vornehmen.

Die meisten Krüppelleiden werden erst mit Anfang des Gehens offenbar; bei unsern Fällen traten sie bis zum 4. Lebensjahre in fast 84 % der Fälle zutage und bedurften meist sofort einsetzender Behandlung. Hier klafft eine große gefährliche Lücke. In unsern ländlichen und z. T. auch städtischen Bezirken erfassen die Fürsorgeorgane noch längst nicht das Spielalter. Die Ermittelung stützt sich hier also hauptsächlich auf die Meldung der Aerzte; diese wird aber bei der fast unglaublichen Gleichgültigkeit der Eltern besonders in ländlichen Kreisen recht mangelhaft sein.

Nur dann werden wir das Krüppeltum voll erfassen, wenn ein richtig organisiertes Fürsorgesystem alle, auch die ländlichen Bezirke umspannt und hauptamtlich tätige Fürsorgerinnen den wichtigsten Alterskreis, den des Kleinkindes, rechtzeitig ermitteln. Bei unserer traurigen Finanzlage wird wenigstens auf dem Lande dieses Ziel nur unter Verwendung schon vorhandener Kräfte erreicht werden können: durch Anstellung der Bezirkshebammen als Säuglingspflegerinnen für die Kinder bis zum 2. Lebensjahr, durch Ausbau der schon bestehenden Gemeindeschwesterstationen als Fürsorgestationen für alle anderen Fürsorgezweige einschließlich der Wohnungsfürsorge. Nur wenn es gelingt, durch immer besser geschulte Fürsorgerinnen

das im Beginn der Verkrüppelung stehende Kind herauszufinden (ebenso wie es beim gefährdeten Säugling und bei beginnender Tuberkulose notwendig ist), werden wir auch in der Krüppelfürsorge vorwärts kommen.

B. Fürsorge.

Die Fürsorge gliedert sich in Anstaltsfürsorge, die dem Landarmenverband zufällt, und in die offene Fürsorge, die der Ortsarmenverband zu leisten hat.. Auch die letztere wird nach dem Gesetz eine erhöhte Bedeutung erlangen, weil der Landarmenverband darüber die Aufsicht ausüben darf und an ihrer gründlichen Durchführung das größte Interesse hat.

Welcher Krüppel bedarf der Anstaltsfürsorge?

Nach dem Gesetz (Ausf.-Best. V. 2) ist das eine Tatfrage, die nur nach Lage des einzelnen Falles entschieden werden kann. Auch ferner liegende Umstände werden dabei maßgebend sein: der Kulturgrad der Bevölkerung, das Verständnis der Umgebung für die Fürsorgemaßnahmen, ferner die Beschaffenheit der örtlichen Krankenhäuser und das Interesse der ärztlichen Leiter für Krüppelbehandlung. So wird in einzelnen Bezirken fast die ganze Last der Krüppelfürsorge dem Landarmenverbande zufallen, in anderen wird er durch die Ortsarmenverbände wesentlich entlastet werden. Welche Leiden unter Berücksichtigung dieser äußeren Umstände dann im wesentlichen in die Anstalt gehören, wird die weitere Erfahrung lehren; nach unsern Feststellungen wären es im wesentlichen die tuberkulöse Spondylitis, die rhachitische Skoliose, angeborene Hüftgelenkverrenkung, Gelenktuberkulose und manche Fälle von Kinderlähmung peripheren und besonders zerebralen Ursprungs gewesen. Aber auch da bleibt immer noch ein weiter Spielraum. Fällt dem Vollheim bei mangelnder ambulanter Fürsorge die Hauptlast zu, dann wären von

Gruppe	I	II	III	IV	V	VI	VII	VIII	IX	X	XI	zusammen
geeignet für Anstaltsfürsorge:	13	2	6	17	4	7	7	3	2	5	1	69
offene Fürsorge:	2	1	2	1	—	2	—	—	—	—	—	8

Steht ambulante Behandlung in ausreichendem Maße zur Verfügung, dann wären

	I	II	III	IV	V	VI	VII	VIII	IX	X	XI	zusammen
anstaltsbedürftig nur:	5	2	3	12	4	7	5	1	2	—	—	41
geeignet für offene Fürsorge:	10	1	5	6	—	2	2	2	—	5	1	36

Eine gewisse Einheitlicheit wird durch die Nachprüfungen des Sachverständigen gesichert. Er wird seine Untersuchungen an den Fürsorgestellen etwa alle Vierteljahr vornehmen müssen — eine Aufgabe, die auch in weniger dicht bevölkerten Bezirken wegen großer Entfernungen von einer Kraft kaum zu lösen sein und die Bildung von Zwischenstellen (Ausf.-Best. V, 6.), Unterbezirken erforderlich machen wird.

Damit allein sind aber alle Schwierigkeiten der Krüppelverteilung noch nicht überwunden. Der Landarmenverband

hat ein großes Interesse daran, möglichst viele Krüppel in seine eigene Fürsorge zu nehmen, weil er

1. sie dann dauernd unter Aufsicht halten und Verschlimmerungen rechtzeitig verhindern kann,
2. sie bei rechtzeitiger Behandlung am billigsten entkrüppelt, während er bei späterer Uebernahme vom Ortsarmenverband vielleicht viel größere Aufwendungen machen muß. Aus diesem Grunde wird er auch über die gesetzliche Verpflichtung hinaus schon vor Vollendung des 5. Lebensjahres häufig eingreifen müssen.

Demgegenüber fordern die ungeheuren Lasten, die sich damit der Landarmenverband aufladen müßte, ebenso die für den Anfang sicher noch ungenügende Bettenzahl gebieterisch eine Einschränkung der Anstaltsfürsorge auf das Mindestmaß und einen Ausbau der offenen Fürsorge, im besonderen eine ausreichende Versorgung der vor dem 5. Lebensjahre stehenden Krüppel durch die Ortsarmenverbände. Nur durch eine enge Zusammenarbeit und weiteren Ausbau sowohl der Anstalts- als auch der offenen Fürsorge wird die zweckmäßige Versorgung aller Krüppel erreicht werden.

Der Gesetzgeber sieht eine wesentliche Entlastung der Heime in der Möglichkeit, den Krüppel nach Hause zu beurlauben und dort unter Aufsicht der Fürsorgestellen zu lassen; wohl die meisten Fälle lassen sich ja nach Abschluß einer gewissen Heimbehandlung ambulant versorgen. Allein die Aufsicht der Fürsorgestestellen wird aber nicht immer ausreichen. Bei den gegenwärtigen Reiseschwierigkeiten wird es kaum möglich sein, das Kind zum Verbandswechsel und dergl. immer wieder nach dem Heim zu entsenden und der Ortsarmenverband wird in solchen Fällen seinerseits ein Eingreifen in die Anstaltsfürsorge ablehnen. Ein solcher Fall trat bei einem heimentlassenen Spondylitiskind ein, das wegen Senkungsabszeß behandelt werden mußte; solche Notwendigkeiten werden sich recht oft ergeben. Es läßt sich auch bei der Anstaltsfürsorge die ambulante Behandlung nicht ausschalten, und der Landarmenverband wird sich an räumlich entfernten größeren Orten wenige Betten und einen orthopädisch geschulten Arzt sichern müssen, um eine etwa notwendig werdende, vorübergehende stationäre oder ambulante Behandlung der aus der Anstaltsfürsorge beurlaubten Kinder auf seine Kosten durchführen zu können.

Als ebenso notwendig wird sich die Einrichtung von ambulanten Fürsorgestellen durch die Ortsarmenverbände erweisen, die der Landarmenverband durch Angliederung seiner ambulanten Behandlungsstation anregen und fördern kann, um sich selbst zu entlasten. Der Ortsarmenverband ist auf sie angewiesen, weil er jetzt zur offenen Krüppelfürsorge in viel höherem Maße wird herangezogen werden als bisher: Die Krüppel werden unter gesetzlichem Zwange der Krüppelfürsorgestelle gemeldet und von dieser an ihn zur

weiteren Versorgung überwiesen; jeder einzelne Fall kommt zur Kenntnis der Aufsichtsbehörde und des Landarmenverbandes, der im eigenen Interesse ungenügende Maßnahmen nicht dulden wird. Es fallen ihm bis auf weiteres zu alle Krüppelleiden, die vor dem 5. Lebensjahre entstehen und fürsorgebedürftig werden, und das sind nach obenstehenden Ausführungen fast $^9/_{10}$ der Gesamtzahl! Der Ortsarmenverband wird sich aber auch deshalb auf eigene Füße stellen müssen, weil er wenigstens am Anfang diese Kinder nicht alle wird unterbringen können. Früher entsandte er sie nach dem Krüppelheim; jetzt ist dieses nur für anstaltsbedürftige und ältere Fälle bestimmt. Er muß sie Privatanstalten überweisen, die zunächst räumlich den Ansprüchen auch kaum genügen werden. Dadurch und durch weite wiederholte Reisen wird die Versorgung zu teuer werden; er kann nicht jeden Klumpfuß bis zur Heilung in eine derartige Anstalt überführen, während er in der Nähe wenige Tage nach der Einrichtung entlassen und zur Nachbehandlung wiederbestellt werden kann.

Die Anforderungen, die der Gesetzgeber an die Einrichtung einer solchen ambulanten Fürsorgestelle stellt (Ausf.-Best. VI. C) werden m. E. für den Anfang etwas gemildert werden können. Wesentlich ist, daß der Kleinkrüppel unter 5 Jahren hier richtig versorgt und der aus der Anstaltsfürsorge beurlaubte hier ambulant behandelt werden kann. Deshalb braucht man wohl den Ortsarmenverband nicht von vornherein durch Forderung einer ambulanten Krüppelschule abzuschrecken. Im Spielalter brauchen die Kinder sie noch nicht, ebensowenig meist kostspielige Apparate, Lehrwerkstätten. Die Einrichtung einer Reparaturwerkstätte wird, wenn sie nicht am Ort schon vorhanden ist, heute zunächst ohnehin ein frommer Wunsch bleiben müssen und kann auch später nachgeholt werden, ebenso die Beschaffung eines Uebungssaales, wenn sich nach der praktischen Erfahrung der weitere Ausbau der Station lohnt. Zunächst ist nur nötig, daß dort in einem entsprechend eingerichteten Behandlungsraum die Kinder von einem in Orthopädie erfahrenen und in Gips- und Zelluloidverbandtechnik gewandten Arzt behandelt, eingehend (unter Anwendung von Röntgenstrahlen, elektrischer Prüfung zur Feststellung von Lähmungszuständen) untersucht und wenn nötig, vorübergehend in eine 10—15 Betten umfassende Krankenstation zur Beobachtung und Behandlung aufgenommen werden können. Das genügt für den Anfang, damit wird nichts riskiert und doch schon viel genützt.

Eine solche Abteilung, die natürlich in engstem Einvernehmen mit der Hauptleitung und dem Hauptvertrauensarzt zu arbeiten hätte, könnte an ein Krankenhaus mit Kinderstation oder an ein Säuglings- oder Kleinkinderheim angegliedert werden. So würden die Schwierigkeiten, die die Unterbringung gerade der kleinsten Kinder für den Anfang mit sich bringt und die für den Gesetzgeber zur Ausscheidung der unter 5 Jahre

alten Kinder aus der Anstaltsfürsorge maßgebend gewesen sind, fortfallen. Abgesehen vom Fortfall von Reiseschwierigkeiten würde die schnelle Versorgung des Kleinkrüppels aber auch noch nach anderer Richtung hin gefördert werden, wenn die Mutter es einer nahe gelegenen Behandlungsstelle übergeben könnte. Jeder, der im Betriebe eines größeren Krüppelheims gestanden hat, weiß, daß sonst die Anwendung der im Gesetz (Ausf.-Best. V. B. 5) erwähnten Zwangsmaßnahmen sich oft nicht wird vermeiden lassen. Wie oft wird ein elendes Krüppelkind, das nach langem Hin- und Herschreiben endlich gebracht wurde, nach tagelangen Abschiedstränen schließlich von den Eltern doch wieder unbehandelt mit nach Hause genommen; ebenso auffallend groß wie kurzsichtig ist die Liebe, mit der die Mutter gerade an ihrem kranken Krüppelchen hängt.

Zusammenfassung: Das am meisten vom Krüppeltum bedrohte Alter ist das des Kleinkindes. Fast $^9/_{10}$ aller Krüppel, die in einem städtischen Gemeinwesen untersucht wurden, waren in diesem Zeitabschnitt fürsorgebedürftig geworden. In fast der Hälfte der Fälle war mangelnde Fürsorge, teils seitens der Eltern, teils infolge ungenügender ärztlicher Behandlung, schuld am Entstehen oder der Ausdehnung des Krüppeltums. Rechtzeitige Behandlung hätte die durchschnittliche Erwerbsbeschränkung auf 8,9 %, jetzt noch einsetzende auf 19,8 % herabsetzen können, während sie in gegenwärtigem Zustande 35,9 % beträgt.

Soll das lang ersehnte Krüppelgesetz das schöne und dankbare Werk der Krüppelfürsorge so fördern, wie es seinen segensreichen Bestimmungen nach es könnte, dann müssen wir Fürsorgeärzte ihm nach mancher Richtung hin noch den Boden vorbereiten:

Das Kleinkindesalter dem Ermittelungsverfahren durch Ausbau unseres Fürsorgesystems auch auf dem Lande noch mehr erschließen, mitwirken an der Bildung von Unterbezirken, am besten am Sitze großer zusammengelegter Fürsorgestellen, wo die dem Ortsarmenverbande zufallenden Krüppel namentlich des Kleinkindesalters ambulante und vorübergehende stationäre Behandlung finden, wo am besten auch seitens des Landarmenverbandes eine ambulante Behandlungs (Zwischen) - Station besteht, deren gemeinsamer Leiter zugleich als Untersachverständiger zur Entlastung des Hauptsachverständigen der Provinz Verwendung finden kann.

Die neue Preussische Prüfungsordnung für Kreisärzte.

Vom Herausgeber.

Seit Inkrafttreten des Kreisarztgesetzes sind wir durchschnittlich alle 7 Jahre mit einer neuen Prüfungsordnung für Kreisärzte beschert; die erste wurde unter dem 30. März 1901, die zweite unter dem 24. Juni 1909, die dritte etwas schneller

schon unter dem 4. März 1914 und die neueste unter dem 9. Februar d. J. erlassen.[1]) Wenn man diese Prüfungsordnungen miteinander vergleicht, so hat keine von ihnen irgendwelche grundsätzlichen und so bedeutungsvollen Aenderungen gebracht, daß eine Neufassung der Prüfungsordnung unbedingt notwendig gewesen wäre; es hätten in allen Fällen kleine Ergänzungen genügt. Dasselbe gilt auch mehr oder weniger von der jetzt vorliegenden Prüfungsordnung, deren Erlaß wohl in erster Linie dadurch veranlaßt worden ist, daß man doch dem jetzigen Feldgeschrei „soziale Hygiene" entsprechend für diesen angeblich ganz neu entdeckten Zweig der Wissenschaft — der hier allerdings einen nicht geringen Beigeschmack von Laienschaft hat — auch eine besondere Prüfung in der sozialen Hygiene für die Kreisärzte einsetzen mußte, obwohl die alte Prüfungsordnung den Herren Examinatoren, jetzt Prüfern, durchaus die erforderliche Handhabe gab, bei der Prüfung in der öffentlichen Gesundheitspflege die Prüflinge auch in den Gebieten gehörig auf den Zahn zu fühlen, die man jetzt unter soziale Hygiene versteht. Die hauptsächlichste Aenderung der neuen Prüfungsordnung ist deshalb auch nicht die Einführung eines sozialhygienischen Prüfungsabschnittes, sondern die Forderung, daß der Bewerber nicht nur eine wenigstens dreimonatige Tätigkeit als Hilfsassistent in einer psychiatrischen Klinik, sondern auch einen abgeschlossenen Lehrgang in der sozialen Hygiene in einer der sozialhygienischen Akademien Breslau, Charlottenburg oder Düsseldorf mit Erfolg durchgemacht hat. Die drei genannten Akademien werden diese Bestimmung sicherlich mit großer Freude begrüßen; denn ihre Lebensfähigkeit wird dadurch nicht unwesentlich unterstützt werden. Wenn aber jetzt ein so großer Wert auf eine „sozialhygienische" Vorbildung des Prüflings gelegt wird, eine Forderung, die m. E. durchaus berechtigt ist, so muß man sich nur wundern, daß statt des Nachweises über den Besuch einer der drei genannten Akademien nicht auch die längere praktische Betätigung bei einem kommunalen oder sonstigen Wohlfahrts- bezw. Gesundheitsamtes für ausreichend erachtet worden ist, denn gerade für die praktische Tätigkeit auf sozial-hygienischem Gebiete — und darauf kommt es doch in erster Linie an — dürfte diese Art der Vorbereitung eine viel geeignetere sein. Der Herausgeber dieser Zeitschrift ist überhaupt der Ansicht, daß man die Anforderungen in bezug auf die praktische Vorbildung der künftigen Medizinalbeamten noch mehr hätte steigern und z. B. eine längere Beschäftigung bei einem Kreisarzt bezw. beim Reg.-Med.-Rat hätte vorschreiben sollen; diesem Mangel sollte man aber wenigstens dadurch abhelfen, daß man künftighin die Anstellung als Kreisarzt bezw. als besonderer Gerichtsarzt in noch größerem Umfange als bisher nicht bloß

---

[1]) Siehe Beilage zur heutigen Nummer; S. 25. Die Abänderungen sind hier durch Schrägschrift kenntlich gemacht.

von der Erlangung des Befähigungszeugnisses, sondern auch davon abhängig macht, daß sich der betreffende Anwärter später als Hilfsarbeiter in der Medizinalverwaltung (Kreis-, Bezirks- oder Zentralinstanz) bezw. bei einem besonderen Gerichtsarzt, falls er auf eine Anstellung als solcher rechnet, mit Erfolg betätigt hat. Jedenfalls darf man wohl annehmen, daß unter der in der Prüfungsordnung in § 3 verlangten mindestens dreijährigen Beschäftigung in der ärztlichen Praxis (bisher praktische fachtechnische Beschäftigung) auch eine solche als „Fürsorgearzt, Kommunalarzt usw." ohne Ausübung ärztlicher Privatpraxis zu verstehen ist.

Von den sonstigen Veränderungen in der neuen Prüfungsordnung ist, abgesehen von der Erhöhung der Prüfungsgebühr auf 300 M., eigentlich nur noch von Bedeutung die Einsetzung eines besonderen Prüfungsausschusses statt der „Wissenschaftlichen Deputation für das Medizinalwesen". Die übrigen Veränderungen sind teils durch die Ueberweisung der Medizinalverwaltung an das Ministerium für Volkswohlfahrt, teils durch das lobenswerte Bestreben bedingt, Fremdwörter möglichst auszumerzen.

Kleinere Mitteilungen u. Referate aus Zeitschriften.

Bakteriologie und Bekämpfung der übertragbaren Krankheiten.

1. Typhus.

Ueber den Einfluß des Bakterientoxins auf das leukozytäre Blutbild bei Typhusbazillenträgern. Von Dr. Gerhard Wodtke. Zentralblatt für Bakteriologie; I. Abtlg. Orig., Bd. 84, Heft 2.

Das Blutbild (Einteilung nach Arneth-Schilling) beim Typhusbazillenträger entspricht unter dem Einfluß des ständig in den Kreislauf gelangenden Typhusgifts demjenigen während und nach dem Fieberabfall bei der Typhuserkrankung, d. h.: Vermehrung der Lymphozyten und Eosinophilen bei Verminderung der Neutrophilen (Färbung nach Pappenheim-May Grünwald mit nachfolgender Giemsafärbung). Im weiteren Verlauf vermehren sich beim Rekonvaleszenten die Neutrophilen selbst über die Norm hinaus, während sie bei Bazillenträgern dauernd vermindert bleiben. Wodtke meint, daß die Unterscheidung des leukozytären Blutbildes bei der Fahndung auf Bazillenträger unmittelbare Bedeutung gewinnen und daß sie auch zur Kontrolle bei Heilversuchen dienen könnte.

Der Referent möchte hierzu bemerken: Jedes neue Verfahren zur Feststellung von Typhusbazillenträgern ist wertvoll, denn die Erfahrung lehrt, daß die meisten Typhusbazillenträger nach ihrer Feststellung und sachgemäßen Belehrung keine Ansteckungen mehr verursachen. Hinsichtlich der praktischen Anwendbarkeit der zeitraubenden Leukozytenuntersuchung (die mehrfach ausgeführt werden muß), ist wohl zu unterscheiden zwischen den Massenuntersuchungen in der Umgebung Typhuskranker, für die die Bestimmung des Blutbildes nur schwer anwendbar sein würde, und jenen besonderen Fällen eines ganz bestimmten epidemiologisch begründeten Verdachts. Da selbst bei sicher festgestellten Dauerausscheidern, wie Referent früher festgestellt hat, zwischen 2 positiven Typhusbazillen bei der Stuhluntersuchung mehr als 40 negative Untersuchungsergebnisse liegen können, wird der Leukozytenbefund im Sinne der Feststellung von Wodtke in derartigen Fällen besonders starken Verdachts dazu führen, die Zahl der Untersuchungen über die üblichen 2 bis 3 hinaus unermüdlich auszudehnen. Die Methode wird aber auch dann Anwendung zu finden haben, wenn es sich nach einer Reihe von negativen Untersuchungsbefunden um die Entscheidung der Frage handelt, ob ein als solcher

festgestellter Bazillenträger nur vorübergehend Ausscheider-war, und schließlich, ob ein Dauerausscheider geheilt ist, und zwar sowohl, wenn nach therapeutischen Versuchen die negativen Befunde der Stuhluntersuchung einer Kontrolle unterworfen werden sollen, auch wenn die Möglichkeit einer Spontanheilung (?) erwogen wird. Dr. Hirschbruch, z. Z. Charlottenburg.

2. Paratyphus.

Zur Pathologie und Klinik der Paratyphus B-Infektion. Aus der II. medizinischen Abteilung des Krankenhauses Wieden in Wien. Nach einer Demonstr. im Verein f. inn. Med. in Wien, April 1920. Von Prim. Priv.-Doz. Dr. Richard Bauer. Wiener klin. Wochenschrift; 1920, Nr. 27.

Bekannt ist das Vorkommen von Cholangitis suppurative und Pericholangitis mit Bildung von Leberabszessen im Verlaufe des Typhus, in der Rekonvaleszenz und viele Jahre später. Bei Paratyphus B ist Eiterbildung in den Gallenwegen und die Entstehung zahlreicher Eiterherde in der Leber schon seltener. Bei der Bazillenruhr kommt Lebereiterung fast nie vor. Der Autor schildert nun folgenden Fall:

Bei einem 33jährigen Mann, der 1916 an Malaria erkrankt war, seitdem viele Rückfälle gehabt hatte, bestand bei der Aufnahme Dezember 1919 chronische Dysenterie, hervorgerufen durch einen atoxischen Dysenteriestamm. Es hatten sich Dysenteriegeschwüre gebildet; von diesen aus fand eine Infektion mit dem Erreger des Paratyphus und mit Streptococcus viridans statt. Unter Icterus bei vorher vorhanden gewesenen Steinen in der Blase und dem Ductus choledochus kam es zur Entstehung einer eitrigen Entzündung der Gallengänge, zur Pericholangitis, zur eitrigen Nekrose des umgebenden Leberparenchyms und zur Perihepatitis. Die Gallenblase trat in Verwachsung mit dem Duodenum; es bildete sich eine Fistel, der Eiter fand Abfluß in den Darm. So konnte die eitrige und paratyphus-bazillenhaltige Galle aus der Leber ausgeschieden werden. Trotzdem erlag der Kranke nach 12 Wochen seiner latenten Dysenterie.

Da in Galle und Leber Dysenteriebazillen nicht nachweisbar waren, nimmt Verfasser an, daß die Dysenterie mit der Eiterung in der Leber nichts zu tun hatte. Dr. Mayer-Meisenheim.

3. Ruhr.

Chronische Dysenterie. Demonstr. im Verein der Aerzte in Oberösterreich. Von Reg.-Rat Prim. Dr. Brenner. Verh. des Vereins. Wiener klin. Wochenschrift; 1920, Nr. 32.

Bei einer 41jährigen Kranken, die vor 5 Jahren Ruhr überstanden hatte, traten seit einigen Wochen blutige Stühle auf. Im Mastdarm fühlte man erbsenartige, kleine Knollen; Beginn 5 cm oberhalb des Afters, Ausdehnung 10 cm hoch. Die Knollen füllten die ganze Lichtung des Darmes aus (ein Bild, ähnlich der Polyposis recti). Unter 18 Fällen von chronischer Dysenterie mit Darmgeschwüren sind 10 gestorben, 8 geheilt.

Dr. Mayer-Meisenheim.

4. Masern.

Ueber die Wiedereinführung der Anzeigepflicht bei Masern. Referat erstattet im niederösterreichischen Landessanitätsrate am 1. März 1920 von Stadtphysikus, Dr. Rudolf Jahn (Wien). Wiener klinische Wochenschrift; 1920, Nr. 13.

Die Sterblichkeit an Masern, die früher in Wien anzeigepflichtig waren, war in Wien in den Jahren 1907, 1908 und 1910 höher, als die an Scharlach und Diphtherie zusammen; im Jahre 1909, wo die Gesamtzahl der Scharlacherkrankungsfälle größer war, etwas geringer, als die Summe der Scharlach- und Diphtheriefälle. Um das Jahr 1907 herauszugreifen, so waren die Zahlen: Masern 605 = 81,2%, Scharlach 233% = 12,1%, Diphtherie 310 = 7,62% Mortalität und es entfielen auf das 1. Lebensjahr bei Masern 268 Todesfälle (44,3%); auf das 2—5. Lebensjahr: 318 = 51,7%, auf das 6.—15. Lebensjahr: 23 = 4,0%. Dasselbe gilt auch für das Jahr 1919/20. Die Sterblichkeit an Masern, die jetzt nicht mehr anzeigepflichtig sind, war größer, als die an

Scharlach, Diphtherie und Keuchhusten. Dazu kommt, daß Lungenentzündung, wenn sie als Nachkrankheit nach Masern auftritt, und zum Tode führt, einfach als solche aufgeführt wird; in den Todesbescheinigungen ist von Masern nichts erwähnt. Die Zahl der durch Masern bedingten Todesfälle ist daher noch größer, als aus den standesamtlichen Mitteilungen hervorgeht.

Die Statistiken aller großen Städte weisen nach, daß die Masernerkrankungen während der großen Ferien an Zahl wesentlich abnehmen, ja ganz verschwinden, um nach Schulbeginn wieder anzusteigen Die Ausschließung kranker Kinder, Desinfektion und schulärztliche Ueberwachung genügen nicht zur Bekämpfung. Wirksame Abwehrmaßnahmen werden nur durch Einführung der obligatorischen Meldepflicht und des Erfassens der ersten Fälle ermöglicht, da die Uebertragung in der Regel von Kind zu Kind erfolgt. Besuchen nun die scheinbar gesunden Geschwister masernkranker Kinder die Schule, so bilden sie eine Gefahr für ihre noch nicht durchmaserten Mitschüler. Die Masern sind eben schon 3—4 Tage vor dem Ausbruch der charakteristischen Hautausschläge ansteckend. Aber auch gesunde Kinder, die die Masern bereits überstanden haben, können als Zwischenträger dienen. Eberstaller empfiehlt eine Schließung der Klassen auf die Dauer von 9—14 Tagen. Gelingt es nach dem Verfahren Eberstallers und Pollchaus, das Kleinkinderalter vor einer Infektion zu schützen, so ist damit viel erreicht; wenn die Kinder später erkranken, so sind sie widerstandsfähiger.

Der Antrag des Verfassers, die obligatorische Anzeigepflicht bei Masern einzuführen, wurde vom Landessanitätsrat angenommen.

Dr. Mayer-Meisenheim.

---

5. Encephalitis epidemica.

1. Ueber das plötzliche gehäufte Auftreten schwerer choreiformer Erkrankungen in Wien. (Encephalitis choreiformis epidemica). Von Dr. Ludwig Dimitz, Ass. der psych.-neur. Klinik in Wien. Wiener klin. Wochenschrift; 1920, Nr. 8.

2. Zur Kenntnis der klinischen Erscheinungstypen und zur Prognose der jetzigen Encephalitis epidemica. Von Dr. Josef Gerstmann. Ebenda.

Dimitz berichtet über eine epidemisch auftretende Erkrankung, in der choreiforme Reizerscheinungen, Kombination von Chorea mit Epilepsie, klinische Zuckungen, Delirien eine wesentliche Rolle spielen. Pathologisch anatomisch fand sich eine über einen großen Teil des Zentralnervensystems verbreitete, nicht eitrige haemorrhagische Encephalitis, die vorzugweise die graue Substanz betraf. Zu Fehldiagnosen hatten manchmal das hysteriforme Aussehen der Anfangszuckungen und Neuralgien Anlaß gegeben; sie sind auszuschließen bei Beachtung der charakteristischen Zuckungen der Bauchmuskulatur und des Zwerchfells. — Unter 35 in 14 Tagen in die Wagnersche Klinik in Wien eingelieferten Fällen sind 10 gestorben. Unter 20 Frauen waren 5 Schwangere, der Verlauf bei diesen 5 war besonders schwer; es starben 2.

Gerstmann unterscheidet 4 Typen von Encephalitis epidemica:

1. Besonders bei jugendlichen Individuen choreatische Körper- und Gliedmaßenbewegungen.

2. Schlafsucht mit mehr oder weniger leicht eintretender Erregbarkeit ähnlich der Encephalitis lethargica. Daneben Augenmuskelparesen, Muskelschwäche der Gliedmaßen, Pupillenstörungen.

3. Ticartige Muskelzuckungen der Zwerchfell- und Bauchmuskulatur.

4. Bei dieser Form steht im Vordergrunde eine Psychose, die unter dem Bilde eines delirant-verworrenen Zustandes mit Beschäftigungsdelirien verläuft. Es treten in schweren Fällen Delirium acutum ähnliche Krankheitsbilder auf.

Die Prognose ist sehr ungünstig; die Sterblichkeit wegen des Ergriffenseins des Hirnstammes und des verlängerten Markes sehr groß.

Dr. Mayer-Meisenheim.

Besprechungen.

Hermann Muckerman: Um das Leben der Neugeborenen. Berlin 1920. Ferdinand Dümmlers Verlag. Preis: 4,50 M.

Eine Abhandlung, die beschämend für einzelne Aerzte, aber erfreuend

für den ärztlichen Stand ist: Die Bekämpfung des provozierten Abortus; für die Gegenwart ein notwendiger Mahnruf. Dr. Graßl-Kempten.

Tagesnachrichten.

Die Gewährung von Notzuschlägen zum Grundgehalt wie zur Grundvergütung und zum Ortszuschlag der Staatsbeamten ist jetzt in Preußen in gleicher Weise wie im Reiche durch Gesetz vom 8. Februar d. J. geregelt. Danach erhalten die Beamten der Ortsklasse A: 20%, B: 17%, C: 15%, D: 10% und E: 5% ihrer Bezüge; desgleichen erhöht sich dementsprechend der Versorgungszuschlag der Wartegeld- und Ruhegehaltsempfänger sowie der Witwen und Waisen.

Aus Sparsamkeitsrücksichten sollen nach Mitteilung der Deutschen med. Wochenschrift (s. Nr. 8, 1921) zwei bisherige Hilfsarbeiter der Abteilung für Gesundheitswesen im preußischen Ministerium für Volkswohlfahrt: Geh.-Rat Dr. Paasch, der hauptsächlich als Vertreter der Aerzteschaft einberufen war, und Staatsrat Dr. Doerbeck entlassen und die von ihnen bisher geleisteten Arbeiten von den ordentlichen Mitgliedern der Abteilung übernommen werden. Die Deutsche med. Wochenschrift schreibt dazu mit Recht: „Wenn man bedenkt, daß die Gehälter, welche die beiden Hilfsarbeiter empfangen, die Gehälter zweier Kanzlisten desselben Ministeriums kaum nennenswert übersteigen, so kann man die Berechtigung zu der Ausschreibung der beiden Stellen unter dem Gesichtswinkel der Sparsamkeit gebührend einschätzen. Die Streichung eines Kanzleipostens setzt freilich einen erheblich größeren Mut voraus und ist mit stärkeren Gefahren verbunden; sie würde möglicherweise einen Streik sämtlicher Kanzleibeamten Preußens oder vielleicht sogar Deutschlands zur Folge haben. Solche Konsequenzen hat man bei den Geistesarbeitern nicht zu befürchten. — Den Geistesarbeitern kann eben in den von echtem sozialdemokratischen Geiste erfüllten Teilen der Staats- und Reichsregierung vieles geboten werden".

Vertretung des ärztlichen Standes im Preußischen Landtage. Während in der bisherigen gesetzgebenden Preußischen Landesversammlung der ärztliche Stand durch 6 Abgeordnete vertreten war (die Abgg. Prof. Dr. Abderhalden-Halle a. S. (Demokrat), Anstaltsarzt Dr. Beyer-Neustadt i. Westpr. (Soz.-Dem.), Dr. Brackmann-Bremervörde (Deutsch-Hannoveraner), Geh. Med.-Rat Prof. Dr. Schloßmann (Demokrat), Dr. Struve-Kiel (Demokrat) und Dr. Weyl-Berlin [Unabhängiger]) ist nach dem bisher vorliegenden Wahlergebnis nur einer, Dr. Weyl-Berlin, wiedergewählt und bedauerlicherweise kein weiterer Arzt in den Landtag neugewählt.

Der Ausschuß der Preußischen Aerztekammern hat in seiner letzten Sitzung die Neuordnung des medizinischen Studiums beraten und nach eingehender Beratung folgende Beschlüsse gefaßt: Die Dauer des medizinischen Studiums soll 11 Semester betragen und davon 4 auf die vorklinische und 7 auf die klinische Zeit entfallen. Der praktischen Ausbildung des Mediziners ist gegen früher erhöhte Bedeutung beizumessen; sie hat in den klinischen Ferien zu erfolgen und ihren Abschluß in dem praktischen Jahre nach vollendeter Staatsprüfung zu finden. In den klinischen Ferien sind je 4 Wochen dauernde Kurse in der inneren Medizin und in den 6 Spezialfächern: Augen-, Ohren-Kunde, Nervenheilkunde und Psychiatrie, Haut- und Geschlechtskrankheiten und Orthopädie abzuhalten. Weiterhin sind Soziale Hygiene, Versicherunsmedizin und Standeskunde in den Unterrichtsplan aufzunehmen. In dem praktischen Jahre muß die Ausbildung 4 Monate in der inneren Medizin und je 3 Monate in Chirurgie und Geburtshilfe erfolgen. Alle Bestrebungen, das praktische Jahr durch famulierende Tätigkeit während der Studiensemester zu ersetzen, ist mit allem Nachdruck entgegengetreten. Für die praktische Ausbildung sind neben den Universitätskliniken auch die Krankenanstalten mit heranzuziehen, deren Auswahl und Ueberwachung durch einen engeren Ausschuß zu erfolgen hat.

Das **Friedemannsche Tuberkulose-Heilmittel.** Auf Grund seiner im Koch'schen Institut für Infektionskrankheiten wieder aufgenommenen Versuchen über Immunisierungs- und Heilwirkungen säurefester Stäbchen (Möller-Friedmann) gegen die Tuberkulose von Versuchstieren kommt der frühere Leiter der preußischen Medizinalverwaltung, Ministerialdirektor Prof. Dr. M. Kirchner, zu dem Schluß, „daß es weder mit den „Blindscheichen-Tuberkel-Bazillen" Möllers, noch mit den „Schildkröten-Tuberkel-Bazillen" Friedmanns möglich ist, Meerschweinchen oder Kaninchen gegen humane oder bovine Tuberkulose zu immunisieren; daß es ebenso unmöglich ist, mit Tuberkulose infizierte Hammel, Meerschweinchen oder Kaninchen von ihrer Tuberkulose durch Behandlung mit einem der genannten säurefesten Stäbchen zu heilen. Möller hat bei seiner Selbstkritik und Bescheidenheit etwas derartiges für seinen Bazillus nie beansprucht. Daß auch Friedmann es für sein Tuberkulose-Heilmittel nicht beanspruchen darf, darüber kann meines Dafürhaltens ein Zweifel nicht mehr obwalten."

Die diesjährige **Jahresversammlung des deutschen Vereins für Psychiatrie** findet am 25. u. 26. April d. J. in Dresden statt. Auf die Tagesordnung sind gestellt: 1. Schaffung eines neuen Irrengesetzes (Berichterstatter Dr. E. Schultze-Göttingen und als jurist. Mitberichterstatter Kahl-Berlin. 2. Die Spirochaeten im Zentralnervensystem bei progressiver Paralyse in multipler Sklerose (Berichterstatter Dr. Jahnel-Frankfurt a. M. und Dr. Hauptmann-Freiberg i. Breisg.) Weitere Vorträge sind bei Dr. Hans Lach-Wernigerode (Organistenstraße 1) anzumelden.

Der **Verein Deutscher Naturforscher und Aerzte** hat beschlossen, in diesem Jahre eine Versammlung der Gesellschaft wegen der in Deutschland herrschenden wirtschaftlichen Not nicht abzuhalten. Die nächste (87.) Versammlung wird erst 1922 und zwar in Leipzig, wo vor 100 Jahren die erste Versammlung stattgefunden hat, abgehalten werden.

Sprechsaal.

Anfrage des Kreisarztes Dr. P. zu W.: Ich wurde als **Sachverständiger** zu einem gerichtlichen Termin geladen, in dem ich nur Angaben zufolge meiner Tätigkeit als behandelnder Arzt in der Privatpraxis machen konnte. Es bedingte sogar diese Tätigkeit allein meine Ladung. Auf der Ladung stand allerdings als Aufschrift: An den Herrn Kreisarzt. — Das Rechnungsamt beim Oberlandesgericht bestreitet mir nun das Recht, an Stelle der Gebuhren nach dem Gesetz vom 14. Juli 1909 die allgemeinen Sachverständigengebühren nach § 3 ff. der Gebührenordnung für Zeugen und Sachverständige zu wählen. Dieses Recht stehe nur den Aerzten zu, die nicht öffentliche Beamte seien. In diesem Falle konnte ich eben nun gar nicht als öffentlicher Beamter geladen sein, was ich dem Gericht auch mitgeteilt habe. Bin ich trotzdem gezwungen, die überhobenen Gebühren zurückzuzahlen?

Antwort: Die Erinnerung des Rechnungsamtes beim Oberlandesgericht ist zutreffend. Wenn ein Kreisarzt auch lediglich mit Rücksicht auf seine Tätigkeit als behandelnder Arzt vor Gericht als Sachverständiger zugezogen wird, so bleibt er doch immer „öffentlicher Beamter"; deshalb trifft für ihn der neue Abs. 2 zu § 13 der Reichsgebührenordnung in der Fassung vom 10. Juni 1914 nicht zu, sondern er hat als öffentlicher Beamter in allen gerichtsärztlichen Fällen seine Gebühren nach den für die Medizinalbeamten geltenden Taxvorschriften zu berechnen und kann nicht wie der nichtbeamtete Arzt eine Berechnung nach den Vorschriften der Reichsgebührenordnung beanspruchen.

Verantwortlich für die Schriftleitung: Prof. Dr. Rapmund, Geh. Med.-Rat in Lippspringe.
Druck von J. C. C. Bruns, Minden i. W.

34. Jahrg. Nr. 6 | 20. März 1921

ZEITSCHRIFT FÜR MEDIZINALBEAMTE

Zentralblatt

für das gesamte Gebiet der gerichtlichen Medizin und Psychiatrie, des staatlichen und privaten Versicherungswesens, sowie für das Medizinal- und öffentliche Gesundheitswesen, einschl. der praktischen und sozialen Hygiene.

Herausgegeben von

Prof. Dr. Otto Rapmund
Geh. Med.-Rat in Bad Lippspringe.

Offizielles Organ des Deutschen, Preussischen, Bayerischen, Sächsischen, Württembergischen, Badischen, Hessischen, Mecklenburgischen, Thüringischen und Braunschweigischen Medizinalbeamtenvereins.

Eine Beilage: Rechtsprechung und Medizinalgesetzgebung

Bezugspreis für das Jahr: 30 M, durch die Post bezogen: 32 M.

VERLAG VON FISCHER'S MEDIZ. BUCHHANDLUNG H. KORNFELD, Berlin W. 62, Keithstraße 5.

INHALT.

Geschäftsstelle und Versand für die Mitglieder des Medizinalbeamtenvereins durch J. C. C. BRUNS, Buchdruckerei, MINDEN i. WESTF.

Alleinige Anzeigen-Annahme und verantwortlich für den Anzeigenteil: HANS PUSCH, BERLIN SW. 48, Wilhelmstraße 28.

Personalien.

Deutsches Reich und Preussen.

Auszeichnungen: Verliehen: das **Eiserne Kreuz I. Klasse:** dem Stabsarzt d. L. Dr. Erich Rapmund, Kreisarzt in Querfurt.

Ernannt: Dr. Döllner, Gerichtsarzt in Duisburg zum Reg.- und Med.-Rat in Cöln, Kreisarzt Med.-Rat Dr. Brinn in Erfurt zum Kreisarzt des neugebildeten Kreisarztbezirks Erfurt-Land und Weißensee.

Versetzt: Med.-Rat Dr. Israel in Breslau, Kreisarzt des Landkreises Breslau, nach Breslau-Stadt, Dr. Wolf, Kreisarzt in Hanau, nach Kassel (Landkreis).

Erledigte Stellen.

Preussen.

Zum 1. April ist die **Kreisarztstelle in Breslau-Stadt** neu zu besetzen (Bewerbungen bis zum 25. März d. J.); zum 1. Juni d. J. die **nicht vollbesoldete Kreisarztstelle in Marienburg,** Regierungsbezirk Marienwerder (Bewerbungen bis 1. April 1921) und alsbald die **nicht vollbesoldete Kreisarztstelle in Niebüll** (Kreis Südtondern), Regierungsbezirk Schleswig. Bewerbungen sind bis zum 15. April d. J. durch die Hand des für den Wohnort des Bewerbers zuständigen Regierungspräsidenten an das Ministerium für Volkswohlfahrt, Berlin W. 66, Leipzigerstraße Nr. 3, einzureichen.

Bayern.

Die **Bezirksarztstelle in Schrobenhausen.** Bewerbungen sind bei der für den Bewerber zuständigen Regierung, Abteilung des Innern, einzureichen.

---

34. Jahrg. **Zeitschrift für MEDIZINALBEAMTE** 1921.

Zentralblatt

für das gesamte Gebiet der gerichtlichen Medizin und Psychiatrie, des staatlichen u. privaten Versicherungswesens, sowie für das Medizinal- u. öffentliche Gesundheitswesen, einschl. der prakt. u. sozialen Hygiene

Herausgegeben
von

Prof. Dr. Otto Rapmund
Geh. Med.-Rat in Bad Lippspringe.

Offizielles Organ d. Deutschen, Preußischen, Bayerischen, Sächsischen, Württembergischen, Badischen, Hessischen, Mecklenburgischen, Thüringischen u. Braunschweigischen Medizinalbeamtenvereins

Verlag von Fischer's med. Buchhandlung H. Kornfeld
Herzogl. Bayer. Hof- u. K. u. K. Kammer-Buchhändler
Berlin W. 62, Keithstrasse 5

Nr. 6. | Erscheint am 5. und 20. jeden Monats | 20. März.

Ein eigenartiger Fall von Masochismus.

Von Kreisarzt Dr. Pilf in Wiesbaden.

Der Masochismus, eine übertriebene und entartete Geschlechtsempfindung des Mannes, wird als angeborene Abweichung angesehen, die sich im allgemeinen bei dem Erwachen des Geschlechtstriebes bemerkbar macht und sich von da ab allmählich zur vollen Höhe steigert, um sich nie wieder zu verlieren. Der Masochismus gleicht hierin der homosexuellen Geschlechtsempfindung, die ebenfalls als angeboren und unabänderlich angesehen wird.

Ich hatte Gelegenheit, einen Fall von Masochismus zu begutachten, der bemerkenswerte Abweichungen darbietet, so daß er eine nähere Berücksichtigung verdient.

Es handelt sich um einen 34 Jahre alten Lehrer an einer Mädchenvolksschule. Sein Vater ist in jugendlichem Alter an Lungentuberkulose gestorben. Geistes- und Nervenkrankheiten sind in der Verwandschaft nicht vorgekommen. Der Lehrer selbst ist stets ein begabter und fleißiger Schüler gewesen, der rasch und sicher seinen Weg ging und sich als Lehrer niemals etwas zuschulden kommen ließ. 1915 wurde er im Kriege ver-

wundet, wurde 1916 Offizier, erkrankte in demselben Jahre an Lungentuberkulose, wurde für garnisonverwendungsfähig erklärt und bald wieder für den Schuldienst in Anspruch genommen.

Bis 1912, also bis zu seinem 27. Lebensjahre, war er „auf Grund idealer Anschauungen" auf geschlechtlichem Gebiete völlig enthaltsam; von da ab übte er gelegentlich und nicht häufig in regelrechter Weise Geschlechtsverkehr aus. 1917 kamen ihm zufällig Bücher masochistischer Art in die Hände, unter anderen auch die berüchtigte „Venus im Pelz" von Sacher-Masoch. Er fand Gefallen an diesen Vorstellungen und beschäftigte sich in Gedanken immer lebhafter damit, unterstützt von einem an sich lebhaften Hange nach geschlechtlicher Betätigung. Besonders stark wurde sein geschlechtlicher Trieb in den Wochen und Monaten, wo seine Lungenkrankheit eine Zunahme erfuhr; in dieser Zeit steigerten sich auch seine masochistischen Wünsche. Je mehr Fieber und Nachtschweiße seinen Körper schwächten, desto üppiger und ausschweifender wurden seine Wünsche und Vorstellungen, ohne daß es jedoch schon damals zu irgendeiner Betätigung kam.

Im Frühjahr 1918 lernte er eine jugendliche öffentliche Dirne kennen, mit der er sofort in nahe Beziehungen trat. Sie war sadistisch veranlagt und veranlaßte ihn zuerst zu masochistischen Handlungen. Seine Leidenschaft zu ihr wurde immer größer; er ging sogar damit um, sie zu heiraten. Persönlich ist er nur etwa zehnmal mit ihr zusammen gekommen; es liegen aber 140 Briefe von ihm an seine Geliebte vor, die ein helles Licht auf das Verhältnis der beiden werfen. Sämtliche Briefe sind mit großer Klarheit, im besten Deutsch, mit großer Lebhaftigkeit geschrieben; viele sind durchaus vernünftig, nüchtern, alltäglich; manche zeigen einen geradezu sittlichen Gehalt: Er empfiehlt seiner Geliebten gute Bücher, gibt ihr treffliche Naturschilderungen nach eigenen Erlebnissen, belehrt sie über gute Formen gesellschaftlicher Art und so fort. Sehr viele aber zeigen geradezu ungeheuerliche Ausschreitungen auf geschlechtlich-masochistischem Gebiete, wenn sie auch im allgemeinen nicht neu sind. Nach Art der meisten Masochisten bezeichnet er die Geliebte als „Herrin, die er wahnsinnig liebt", sich selbst als ihren „demütigen, niedrigen Sklaven". Er macht sein ganzes Verhalten zu ihr von dem äußersten Gehorsam seinerseits abhängig und bittet sie, ihn auf das rücksichtsloseste, grausamste mit Worten und Taten zu quälen. Er fleht sie an, ihn zu fesseln, zu schlagen, ihn gebunden, wie einen armseligen Hund in ihrem Bette zu ihren Füßen liegen zu lassen und ihn nicht zu beachten. Sie soll seinen Mund als Abort benutzen, er will aus ihren Entleerungen Schokoladenstückchen mit dem Munde heraussuchen und dabei vor Wonne vergehen; sie soll ihn anspeien und auf das tiefste verachten. Er will „alles das an schmutzigster Erniedrigung erdulden, was je ein Menschenhirn ersonnen haben mag". „Ich lechze danach, von dir ge-

peitscht zu werden und mit meinem Munde alles das aufzunehmen, was dein süßer, angebeteter Körper als Schmutz ausscheidet.“ „In Liebesrausch und Liebesqual würde ich den Tod von deiner süßen kleinen Hand mit Entzücken hinnehmen.“ „Sei mir meine Herrin, wie du es noch nie gewesen bist. Sinne dir etwas ganz Furchtbares, Ungeheuerliches aus und überrasche mich damit. Laß mich vorher beben und zittern vor dem Unbekannten. Sei ganz grausam mit mir, — du! Ich werde dich ja doch nur inbrünstig küssen!“

Er behauptet, daß alle diese Ausschweifungen niemals zur Ausführung gelangt seien, und daß er sie nur auf ausdrücklichen Wunsch seiner Geliebten in den Briefen ausgemalt habe, und zwar immer in krankhaften Fieberzuständen. Wenn er die Briefe geschrieben hätte, habe er nicht mehr daran gedacht; er habe sich in wohltätiger Weise vollständig wie befreit gefühlt, und diese Ruhe und Sicherheit habe sich auch in seinem Berufe bemerkbar gemacht. Niemals seien ihm dabei solche Vorstellungen gekommen. Zur Zeit seiner krankhaften Vorstellungen aber habe er jene Briefe schreiben müssen; er habe unter einem Zwange, einem Druck gestanden, der erst durch die Entlastung des Schreibens von ihm gewichen sei. Bei den Zusammenkünften mit seiner Geliebten sei es allerdings zu Geißelungen und Fesselungen gekommen, wenn sie aber über ein gewisses Maß hinausgegangen sei, habe sich die Besinnung bei ihm wieder eingestellt, und er habe sich geweigert, ihren übertriebenen Forderungen nachzugeben.

Seine Lungenkrankheit besserte sich allmählich, und damit ließen auch seine krankhaften Vorstellungen nach. Seine Briefe wurden ruhiger; er kam immer mehr zur Erkenntnis des unwürdigen Zustandes. Die geistigen und sittlichen Kräfte gewannen langsam die Oberhand; man merkt aus den Briefen, wie der Schleier immer dünner wird, wie sich der Genesende immer mehr zu seiner ursprünglichen Art zurückfindet. Im Jahre 1919 vollendet schließlich die Bekanntschaft mit einem geistig gebildeten und sittlich reinen jungen Mädchen die Heilung; er schreibt seiner bisherigen Geliebten einen rücksichtslosen Absagebrief. Im Frühjahr 1920 hat er seine Verlobte geheiratet und lebt in glücklichster Ehe mit ihr. Er hat sie über seine krankhaften Zustände aufgeklärt, und sie selbst hat mir in glaubhaftester Weise versichert, daß sich ihr Zusammenleben in vollkommen regelrechter Weise abspielt, und daß er niemals auf geschlechtlichem Gebiete etwas Abweichendes von ihr verlangt hat. Er selbst erklärt mit der größten Bestimmtheit, daß er nicht das geringste Verlangen nach den früheren Zuständen, Vorstellungen und Handlungen habe; alles, was er damals gedacht, geschrieben und erlebt hat, erscheint ihm jetzt krankhaft, hochgradig widerlich und vielfach lächerlich. Weil er sich völlig frei und gesund fühlt, hat er auch die verlangte Geldzahlung an seine Geliebte verweigert,

obwohl er sich über die Folgen klar war; er sah ein, daß sie sonst eine fortgesetzte Erpressung verüben würde.

Wie aus der Krankheitserzählung ohne weiteres hervorgeht, liegt die Eigenart dieses Falles darin, daß es sich nicht um einen geborenen Masochisten handelt, sondern um einen gewordenen, der nach kaum zwei Jahren wieder geheilt ist. Die Art des Entstehens der Abweichung ist ebenfalls ungewöhnlich, weil sie im wesentlichen durch körperliche Krankheit, durch Lungentuberkulose, begründet ist. Als unterstützende und auslösende Tatsachen traten Bücher und die Bekanntschaft mit einem sadistisch veranlagten Mädchen hinzu. Durch das Zusammenwirken aller dieser Kräfte wurde der geschlechtliche Drang, der außerdem jahrelang gewaltsam unterdrückt war, in verkehrte Bahnen geleitet. Mit dem Nachlassen und Verschwinden dieser Einwirkungen, in Verbindung mit einer gewissen natürlichen Erschöpfung der seelischen und körperlichen geschlechtlichen Kräfte, stellt sich allmählich der natürliche Zustand wieder ein.

So erklärt sich der gesamte Verlauf verhältnismäßig zwanglos. Die Frage, ob ein Lehrer mit Geisteszuständen, die zu derartigen Gedanken und Handlungen führten, noch in seinem Berufe tätig sein könne, konnte dahin beantwortet werden, daß eine Heilung eingetreten sei und daß nach menschlich-wissenschaftlichem Ermessen diese Heilung von Dauer sein werde. Die andere Frage nach der Strafbarkeit seiner Handlungen mußte so erledigt werden, daß hinreichende Gründe zu der Annahme vorlagen, er habe unter krankhaften seelischen und körperlichen Zuständen gehandelt, so daß er nicht strafbar und nicht verantwortlich war.

Die Notwendigkeit der Anzeige bei Typhusverdacht.

(Nach einem Vortrage in der medizinischen Gesellschaft in Magdeburg.)

Von Med.-Rat Dr. Kluge, Kreisarzt in Wolmirstedt.

Die beiden für die Verhütung der Ausbreitung gemeingefährlicher bezw. übertragbarer Krankheiten in Betracht kommenden Gesetze — das Reichsseuchengesetz vom 30. Juni 1900 und das preußische Gesetz zur Verhütung der Ausbreitung übertragbarer Krankheiten vom 28. August 1905 — bieten empfindliche Lücken, durch die eine nach allen Richtungen hin an sich sehr wohl durchführbare und namentlich in unseren Zeiten so bitter notwendige Bekämpfung dieser Krankheiten stark behindert wird. Eine der empfindlichsten Lücken liegt darin, daß mit wenigen Ausnahmen nur die Krankheiten und Todesfälle, nicht aber der Verdacht auf die in Betracht kommenden Kranheiten anzeigepflichtig sind. In einer ganzen Anzahl deutscher Bundesstaaten ist der Verdacht auf einen Teil der übertragbaren Krankheiten — insbesondere auf Typhus — bereits der Anzeigepflicht unterworfen, in Preußen leider noch nicht. Bei

der während und nach dem Kriege wieder so verheerenden Zunahme der Erkrankungen an Tuberkulose ist es vom größten Nachteil für den Gesundheitszustand des ganzen Volkes, daß hier nicht einmal die Erkrankungen, sondern nur die Todesfälle an Lungen- und Kehlkopftuberkulose anzuzeigen sind. Durch einstimmige Beschlüsse des Deutschen Vereins für öffentliche Gesundheitspflege und des Vereins der Medizinalbeamten der Provinz Sachsen auf ihren letzten Versammlungen ist denn auch die Ausdehnung der Anzeigepflicht zumindestens auf die Erkrankungen an Tuberkulose für dringend erforderlich erachtet. Wenn nun aber einmal die betreffenden oben angeführten Gesetze bezüglich der vorhandenen Lücken und Mängel geändert werden sollten, so möchte ich nach den Erfahrungen, die ich in den letzten Jahren und besonders in den letzten Monaten als beamteter und Krankenhausarzt gemacht habe, in Anregung bringen, daß die Anzeigepflicht bei einigen übertragbaren Erkrankungen — bei gemeingefährlichen ist es ja schon der Fall — auch schon beim Verdacht auf solche Erkrankungen gesetzlich festgelegt wird. Ich will mich heute darauf beschränken, diese Notwendigkeit für den Unterleibstyphus kurz darzutun, weil ich gerade bei dieser Krankheit die eben erwähnten Erfahrungen in besonders drastischer Weise gemacht habe; ich gebe zu, daß es z. B. für die übertragbare Ruhr in manchen Gegenden ebenso sein wird, wie jetzt hier beim Typhus.

Nach dem Wortlaut des Gesetzes vom 28. August 1905 ist der Unterleibs-(Abdominal-)typhus als Erkrankungs- und Todesfall anzeigepflichtig, nicht der Verdacht. Da nun aber bekanntlich gerade bei Typhus die zweifelsfreie Diagnose meist erst in der zweiten, oft genug erst in der dritten oder gar vierten Krankheitswoche gestellt wird, so werden bisher wenigstens in bei weitem der Mehrheit der Fälle auch die Anzeigen erst spät und zur erfolgreichen Bekämpfung eben „zu spät“ erstattet. Es soll die späte Erkennung des Typhus keine Kritik ärztlicher Fähigkeit oder Unfähigkeit etwa in sich schließen. Es liegt zum Teil an den eigenartigen unbestimmten Krankheitserscheinungen in den ersten Wochen beim Typhus, ferner in dem Umstande, daß, was jeder Bakteriologe zugibt, ja oft genug selbst darauf hinweist, Widalsche Blutreaktion und Bazillebefund in den ersten Wochen bei negativem Ausfall nichts gegen das Vorhandensein einer Typhuserkrankung beweisen, ja, daß der Bazillenbefund sogar in den meisten Fällen trotz ausgeprägtester Typhussymptome negativ bleibt. Gerade aber mit diesem negativem Befunde begründen viele Aerzte das Zögern mit der Anzeige, auch wenn sie schon innerlich ziemlich fest vom Vorhandensein des Typhus überzeugt sind. Eine gewisse Scheu des praktischen Arzes vor jeder derartigen Anzeige kommt dazu. Der Arzt weiß, daß auf seine Anzeige hin der Kreisarzt an Ort und Stelle Ermittelungen anstellen muß, Verhütungsmaßregeln anordnet, die oft genug den Un-

willen und Widerspruch seiner Klientel hervorrufen. — Diese Empfindungen sind menschlich zu verstehen, aber sie dürfen besonders in der jetzigen gesundheitlichen Lage unserer Bevölkerung keinen Grund bilden, eine Anzeige nicht oder zu spät zu erstatten. Denn, wenn wir beamteten Aerzte natürlich recht wohl wissen, daß der behandelnde Arzt in solchen auf Typhus verdächtigen Erkrankungen völlig sachgemäß die Desinfektion der Stuhlgänge, der sonstigen Ausscheidungen, des Wäsche pp. anordnet, so bleibt doch zur wirksamen Verhütung der Weiterverbreitung noch mancherlei anzuordnen, was dem behandelnden Arzt ferner liegt bezw. dessen Anordnung ihm nur Verdruß und Ungelegenheiten bereiten kann, während es dem Kreisarzt als Staatsbeamten gleichgültig sein muß, ob daraus derartige Folgen zu fürchten sind. — Die Folgen der jetzt meist zu spät kommenden Anzeigen, namentlich in den Wohnungen unserer arbeitenden Bevölkerung, liegen ja auf der Hand, wenn man sieht, daß hier sehr häufig die Eltern und noch häufiger mehrere Geschwister ein Bett teilen müssen, wenn man ferner sich bei den Ermittelungen davon überzeugt, daß Wohn- und Krankenzimmer ein Raum sind, in dem die Familie kocht, ißt, trinkt, schläft. Wie soll da Uebertragung durch Berührung erfolgreich bekämpft werden, wie soll eine fortlaufende Desinfektion am Krankenbett durchgeführt werden? Dazu kommt noch die Indolenz in diesen Bevölkerungskreisen mit dem für sie so bequemen Motto: Was kommen soll, kommt doch! Im Juli und Ende September v. Js. wurden z. B. aus 4 Familien bezw. 4 Wohnstätten aus 4 verschiedenen weit voneinander entfernt liegenden Ortschaften 11 Typhusfälle dem Kreis-Krankenhause überwiesen — in 3 Familien auf Veranlassung des Kreisarztes — von denen in 2 Familien je 2, in einer 3 nachweislich durch persönliche Uebertragung angesteckt waren, in der 4. Familie ist diese Uebertragung zwar nicht mit positiver Sicherheit nachzuweisen gewesen, doch blieb eine andere Uebertragungsweise nach den Ermittelungen ausgeschlossen. In 3 Familien war den Angehörigen erst nach 3 Wochen bekannt geworden, daß es sich um Typhus handelte; in der einen war der Typhus durch den Sohn — Schiffer — anscheinend von Hamburg eingeschleppt, in der zweiten anscheinend aus Leipzig, in den beiden letzten ist die Quelle der ersten Erkrankung nicht zu ermitteln gewesen. — In den 3 Familien, aus denen die Erkrankten sofort nach Anzeige in das Krankenhaus überführt waren, ist keine weitere Uebertragung vorgekommen, in der 4. Familie erkrankten die Pflegeeltern der zuerst erkrankten Pflegetochter an „fieberhafter Gastritis“; der behandelnde Arzt schrieb, daß er wohl „an Typhus gedacht“ habe, es sei aber eben nur „fieberhafte Gastritis“ (?) gewesen. — Die beiden Fälle aus dieser Familie, die mit schwersten Erscheinungen dem Krankenhaus überwiesen waren, sind gestorben; bei der einen wurde die Leichenöffnung verweigert, bei der anderen Frau fanden sich eine Un-

zahl typischer typhöser Darmgeschwüre in allen Stadien im Ileum und Dickdarm in der Nähe der Bauhinschen Klappe neben Milztumor und anderen charakteristischen Befunden. — Die Widalsche Reaktion fiel bei der Mehrzahl der 11 Fälle zwar positiv aus, aber nie vor der 3. Krankheitswoche — zum Teil war der Widal schon außerhalb gemacht — Typhusbazillen sind bei keinem der 11 Fälle trotz wiederholter Einsendung von Stuhl- und Harnproben nachgewiesen.

Bei allen 11 Fällen ist die Anzeige erst in der 3. zum Teil sogar erst 4. Krankheitswoche erfolgt, während die behandelnden Aerzte, wie sie selbst mitteilten, schon längst „Typhus vermutet" hatten, sie zeigten aber nicht an, weil sie ihrer Diagnose nicht so sicher waren, daß sie sich zur Anzeige gesetzlich verpflichtet fühlten. Die Anzeige bei dringendem Verdacht auf Typhus ist also unbedingt nötig, wenn eine einigermaßen wirksame Bekämpfung rechtzeitig eingeleitet werden soll; namentlich wenn die wirksamste Maßnahme — Ueberführung in ein Krankenhaus — rechtzeitig angeordnet werden soll. — Ein gegen den Nutzen der Anzeige in Betracht kommender Schaden kann dadurch nie hervorgerufen werden; bestätigt sich hie und da der Verdacht auf Typhus nicht, so kommt dieser Umstand gegenüber den Vorteilen nicht in Betracht. Die als „fieberhafte Gastritiden" oder „gastrischen Fieber" bezeichneten Fälle sind doch meist weiter nichts wie leichte Typhusinfektionen!

Die Anzeige nicht nur der Erkrankungen und der Todesfälle an Typhus, sondern auch die des Typhusverdachts ist eine Notwendigkeit, ebenso wie die der Erkrankung an Tuberkulose.

Anzeige an den Kreisarzt oder an die Fürsorgestellen?

Von Dr. R. Engelsmann, Kreisarzt in Plön.

Am 22. Oktober 1920 bildete auf der XXIV. Generalversammlung des Deutschen Zentral-Komitees zur Bekämpfung der Tuberkulose den Hauptpunkt der Tagesordnung: „Was erwarten wir von der reichsgesetzlichen Regelung der Tuberkulosebekämpfung? Alle Redner und der noch nicht veröffentlichte Gesetzentwurf stellen den Fürsorgegedanken in den Vordergrund: „Machen Sie um Himmelswillen kein Gesetz gegen den Kranken, sondern für den Kranken."

Diese Worte Kayserlings fassen die Empfindungen aller Beteiligten zusammen.

Naturgemäß und der Gesetzentwurf betont es ausdrücklich, wird den Fürsorgestellen die Hauptaufgabe bei der neuen reichsgesetzlichen Regelung der Tuberkulosebekämpfung zufallen. Dies ist aber nur insofern richtig, als die Fürsorgestellen die Kenntnis von allen im Gesetz bestimmten Erkran-

kungsfällen erhalten müssen und jeden einzelnen Fall der für ihn passenden Behandlungsweise zuzuführen haben. In diesem Rahmen haben sie folgende wichtige Aufgaben zu erfüllen:

1. alle Kranken zu beraten und die geeigneten Maßnahmen in die Wege zu leiten,
2. geeignete Kranke entsprechend den örtlichen Verhältnissen zu behandeln,
3. Hauskranke durch ihre Fürsorgeorgane überwachen zu lassen,
4. in allen Fällen die laufende Desinfektion nachzuprüfen,
5. alle aus Heilstätten zurückkehrenden Kranken gesundheitlich zu betreuen, d. h. in regelmäßigen Abständen zu untersuchen, event. Wiederholungskuren zu veranlassen.

Unter Nr. 1 fällt die Fürsorge für tuberkulosegefährdete Familien, besonders für die Kinder; die Entsendung in Sool- oder Seebäder.

Bei dieser wichtigen Aufgabe der Fürsorgestellen ist es verständlich, daß der Wunsch ausgesprochen wird, die durch das Gesetz verlangte Anzeige müsse an sie gerichtet werden. Zu diesem Zwecke müßte den Fürsorgestellen amtlicher Charakter verliehen werden.

Auf der anderen Seite müssen die Medizinalbeamten verlangen und um so mehr, als die Vollbesoldung aller Kreisärzte erstrebt wird, daß mehr als bisher der beamtete Arzt der Leiter der Gesundheitsmaßnahmen wird. Die Ortspolizei ist keine Gesundheitsbehörde, sie hat sich als solche überlebt.

In Elsaß-Lothringen ist zum ersten Male der Kreisarzt als Instanz bestimmt, die im Mittelpunkte der Seuchenbekämpfung steht. In Hamburg und Lübeck tritt an seine Stelle das Gesundheitsamt. In England und Portugal ist wenigstens für die Anzeige und Bekämpfung der Tuberkulose allein der beamtete Arzt zuständig. Diesen Wünschen kommen viele Leiter von Fürsorgestellen entgegen, die den amtlichen Charakter ablehnen. Sie fürchten dadurch die Patienten abzuschrecken, die Gelder, die von privater Hand zufließen, zu verlieren und mit Recht.

Die Fassung des bisher noch nicht veröffentlichten Gesetzentwurfes weicht einer einfachen Deutung aus. Es heißt hier: Die Anzeige ist an die für den Wohnort oder den Sterbeort zuständigen, von der Landeszentralbehörde zu bestimmenden G e s u n d h e i t s d i e n s t s t e l l e zu richten. Das kann der Kreisarzt, daß kann eine amtliche Fürsorgestelle sein; außerdem kann jede Landesbehörde dies selbst entscheiden. Nach meiner Ansicht ist und bleibt die Fürsorgestelle in der Hauptsache ein vermittelndes Organ; ihr sachgemäßer Berater ist der Kreisarzt. Sind mehrere Fürsorgestellen in einer Stadt vorhanden, an welche sollte denn die Anzeige zu richten sein? Eine Zentrale muß doch da sein und diese ist der beamtete Arzt. Erinnern wir uns, daß die Anzeigen der Krüppel an das Jugendamt zu richten sind. Nach § 6 des Gesetzes vertritt n u r s o - l a n g e, bis alle Stadt- und Landgemeinden auf Grund gesetz-

licher Bestimmungen Jugendämter haben, auf Grund des Erlasses des Ministers für Wohlfahrt vom 8. September 1920 der staatliche Kreisarzt die Stelle des Jugendamtes.

Die Kreisärzte müssen sich in ihrer Gesamtheit dagegen wehren, daß sie mehr und mehr registrierende Organe werden. Durch die Vollbesoldung sollen sie ja freigemacht werden, um sich ganz der fürsorgerischen Gesundheitsaufgabe zu widmen. Dieses ist doch ihr eigentliches Feld, nicht die Polizeiarbeit!

Mit dem größten Bedenken sieht man wie allerorten Kommunalärzte aus dem Boden schießen. In großen Städten mögen sie nicht zu entbehren sein. Wie aber in Landkreisen neben dem Kreisarzt noch ein Kommunalarzt bestehen kann, ist mir unerklärlich. Ist der Kreisarzt in diesen Kreisen nicht vollbesoldet, so muß er eben vom Kreise durch Uebertragung der kommunalen Tätigkeit zum vollbesoldeten Gesundheitsbeamten gemacht werden!

Man löse die Kreisärzte von der Praxis; mit den größeren Aufgaben wachsen ihnen dann die Flügel. Welch Feld der Tätigkeit öffnet sich ihnen bei der Durchführung eines Tuberkulosegesetzes. Ist nicht die Bekämpfung der Tuberkulose dasselbe wie gesundheitliche Erfassung der gesamten Bevölkerung! Und welch höheres Ziel könnte sich ein Kreisarzt stecken!

Die Forderung der Medizinalbeamten muß also dahin gehen, daß jegliche Anzeige betreffend Kranke an den zuständigen beamteten Arzt zu richten ist. Dieser muß der sachverständige Berater der Zentralfürsorgestelle oder des Gesundheitsamtes sein. Nach seinen Vorschlägen und in enger Fühlungnahme mit ihm müssen die Fürsorgeorgane arbeiten; immer so, daß letzten Endes der beamtete Arzt, natürlich häufig nach Beratung mit Fachärzten entscheidet, was mit den einzelnen Kranken geschieht. Nur so läßt sich die Zersplitterung in Gesundheitsmaßnahmen vermeiden, nur so durchdringt ein Feuer, die richtige Persönlichkeit vorausgesetzt, alle, die an dem großen Werk, der Gesundung unseres Volkskörpers arbeiten.

Bericht über die Tätigkeit des Kreisgesundheitsamtes Landeshut für das Jahr 1919.

Erstattet von Kreisarzt Dr. Brieger, Leiter des Kreisgesundheitsamtes.

Das Kreiswohlfahrtsamt des Kreises Landeshut wurde im Sommer 1918 ins Leben gerufen, es umfaßt den ganzen Kreis Landeshut mit Ausnahme der Stadt Landeshut. Seine Gründung verdankt es in erster Linie dem damaligen juristischen Hilfsarbeiter des Kreis-Ausschusses, Herrn Referendar Dr. Richter,[1]) der seine ganze Kraft für Schaffung und Ausbau des Amtes eingesetzt hat. Die Leitung der Abteilung B des

[1]) Jetzt Referent im Reichsarbeitsministerium, Verfasser des Buches „Kreiswohlfahrtsamt und ländliche Wohlfahrtspflege".

Kreiswohlfahrtsamtes, des Kreisgesundheitsamtes, wurde von Anfang an dem Berichterstatter übertragen. Während das erste Arbeitsjahr zum größten Teil durch Einrichtung und Versuche in Anspruch genommen war, so daß eine ordnungsmäßige Berichterstattung sich noch nicht ermöglichen ließ, gelang es im zweiten Jahre des Bestehens wenigstens das Kreis-Gesundheitsamt soweit auszubauen, daß für das Jahr 1919 eine geregelte Uebersicht über die Art seiner Tätigkeit und seine Erfolge gegeben werden kann.

A. Allgemeines.

Das Kreisgesundheitsamt bestand im Berichtsjahr als selbständige Abteilung des Kreiswohlfahrtsamtes und wurde von dem Kreisarzt als fachwissenschaftlichen Leiter im Nebenamt verwaltet. Beigegeben war der Leitung ein Vorstand, der sich aus Mitgliedern der charitativen Vereine des Kreises, Vertretern der größeren Gemeinden sowie der Arbeitgeber und Arbeitnehmer zusammensetzte. Sitzungen des Vorstandes fanden nur nach Bedarf statt; in Zukunft sollen aber Vorstandssitzungen mindestens vierteljährlich einmal stattfinden, weil sonst das Interesse der Vorstandsmitglieder leicht erlahmt und der Vorstand die Uebersicht über den Betrieb verliert. Die büromäßige Bearbeitung aller Angelegenheiten des Gesundheitsamtes erfolgte in dem Büro des Kreiswohlfahrtsamtes, das eine bestimmte Hilfskraft mit der Erledigung der Arbeiten des Gesundheitsamtes ständig betraute. Die Registratur wurde getrennt von den übrigen Abteilungen des Kreiswohlfahrtsamtes geführt; für die Registratur hat sich die Einteilung nicht nur nach den verschiedenen Arbeitsgebieten wie Säuglingsfürsorge, Tuberkulosefürsorge usw., sondern auch nach den örtlichen Fürsorgestellen unter Trennung der Generalia und Spezialia gut bewährt. Eine Kartothek über sämtliche Fürsorgefälle wurde z. T. eingerichtet und wird im Laufe des neuen Jahres fertiggestellt werden.

Das Kreisgesundheitsamt arbeitete im Berichtsjahr auf der Grundlage eines eigenen Haushaltsplanes, dessen Einnahmen sich aus Zuschüssen des Staates, der Krankenkassen (30 Pf. je Jahr und Mitglied [1]), einzelner Großindustrien des Kreises und der Ortsgruppe Landeshut Land des Provinzialvereins zur Bekämpfung der Tuberkulose zusammensetzten; der erhebliche Fehlbetrag wurde aus Kreismitteln gedeckt. Von seiten des Staates wurde dem Amt auf die Dauer von 3 Jahren ein jährlicher Zuschuß von 300 Mark für Propagandazwecke und ein einmaliger Beitrag von 1000 Mark zur Unterbringung ansteckender Tuberkulöser im Heime bewilligt.

Für die eigentliche Fürsorgetätigkeit im Kreise waren hauptamtlich 2 Kreisfürsorgerinnen angestellt, die auf dem Gebiet der Säuglings- und Tuberkulosefürsorge gut durchgebildet sind und die entsprechenden Prüfungen bestanden haben. Ihnen lag die Fürsorgetätigkeit auf allen Gebieten gesundheitlicher und sozialer Not ob; zu diesem Zweck war der Kreis in zwei Bezirke eingeteilt. Die Einteilung berücksichtigte nach Möglichkeit auch die Konfession der Bevölkerung, so daß die evangelische Fürsorgerin in der Regel in den überwiegend evangelischen Ortschaften, die katholische in den überwiegend katholischen Ortschaften ihre Tätigkeit entfaltete; allerdings ließ sich dieses Prinzip nur soweit durchführen, als dadurch nicht räumliche Schwierigkeiten infolge zu weiten Auseinanderliegens einzelner Ortschaften entstanden. Es hat sich außerdem auch gezeigt, daß die taktvolle Fürsorgerin in Orten, in denen die Konfession der Fürsorgerin dem Glaubensbekenntnis der Mehrzahl der Bevölkerung nicht entsprach, sehr schnell bodenständig werden konnte.

Wesentlich erleichtert wurde den Fürsorgerinnen die örtliche Fürsorgearbeit durch ein harmonisches Verhältnis zu den Gemeindeschwestern, die auf diese Weise sich sehr schnell zu willkommenen Mitarbeiterinnen an

[1]) Im Jahre 1920 betrug der Zuschuß 50 Pfg.

der Fürsorgearbeit herausbildeten. Allerdings entstanden anfangs auch hierbei gewisse Schwierigkeiten infolge kleinlicher Kompetenzfragen, die sich aber schnell beseitigen ließen und in letzter Zeit nicht mehr aufgetreten sind.

Auf eine ständige Beteiligung der Hebammen zum örtlichen Fürsorgedienst mußte in den meisten Orten des Kreises verzichtet werden, weil bei den räumlichen Entfernungen der Ortschaften des einzelnen Hebammenbezirks die geburtshilfliche Tätigkeit die Zeit der Hebamme voll in Anspruch nahm, dagegen waren die Hebammen des Kreises willige und wertvolle Helferinnen auf dem Gebiete der Propaganda für die Fürsorgestellen, die meisten waren eifrig bemüht, die Säuglinge den Fürsorgestellen zuzuführen und die Fürsorgerinnen auf Mißstände aufmerksam zu machen. Besonderen Wert hatte außerdem die Mitarbeit der Hebammen auf dem Gebiet der Stillpropaganda. Für gute Leistungen in der Fürsorgetätigkeit wurden im Berichtsjahre 3 Hebammen mit Geldprämien bedacht. Die in Haselbach neu eingestellte Hebamme, die geprüfte Säuglingspflegerin ist, übernahm die Säuglingsfürsorge in ihrem verhältnismäßig wenig ausgedehnten Bezirk z. T. selbständig; die Erfahrungen waren so günstige, daß bei Anstellung neuer Hebammen darauf seitens des Kreisgesundheitsamtes sehr großer Wert gelegt werden wird, nur Hebammen anzustellen, die gleichzeitig Säuglingspflegerinnen sind. Der Hebamme in Haselbach wurde für die Teilnahme an der Fürsorge eine besondere Entschädigung von seiten des Kreises gezahlt (300 M.).

Die Zusammenarbeit mit den charitativen Vereinen vollzog sich reibungslos; überall wurde den neuen Einrichtungen allmählich volles Verständnis entgegengebracht und der Wert der gemeinsamen Fürsorgetätigkeit richtig eingeschätzt.

Von dem kostenlos eingerichteten Lesezirkel, für den eine Reihe sozialmedizinischer Zeitschriften gehalten wurde, machten die Interessenten leider wenig Gebrauch; auch die Handbücherei wurde nur wenig benutzt.

B. Spezielles.

1. Tätigkeit des Leiters. Die Tätigkeit des Leiters bewegte sich während des Berichtsjahres in erster Linie auf organisatorischem Gebiet. Durch zahlreiche Verhandlungen mit den Vertretern der verschiedenen weltlichen und kirchlichen Behörden, Lehrern und Vorständen der charitativen Vereine wurden die Vorarbeiten zur Errichtung neuer Fürsorgestellen getroffen, durch Vorträge in den einzelnen Dörfern wurde die Bevölkerung über die Zwecke und Ziele der Fürsorgestellen aufgeklärt und zur Mitarbeit gewonnen. Auf diese Weise gelang es, die Zahl der örtlichen Fürsorgestellen auf 11 zu erhöhen.

Große Schwierigkeiten machte die Unterbringung von Kindern im Auslande und in den ländlichen Ortschaften des Kreises. Insbesondere war die Beschaffung der Reisekosten für etwa 130 Kinder und der Aufenthaltskosten der Begleiterin in der Schweiz, die von uns gestellt werden mußte, recht schwierig und erforderte zahlreiche mündliche und schriftliche Verhandlungen; schließlich gelang es aber doch die Unterbringung der Kinder ohne wesentliche Belastung der Eltern dadurch zu erreichen, daß die Provinzialfürsorgestelle für Kriegsbeschädigte und Kriegshinterbliebene für die Kriegswaisen einen Kostenanteil von 5000 Mark bewilligte. Die Aufnahme der Kinder bei den ländlichen Besitzern des Kreises wurde in der Regel kostenlos erreicht, ohne daß Gegenleistungen der Kinder in Form landwirtschaftlicher Arbeiten zur Bedingung gemacht wurden. Zwecks Auswahl der für den Aufenthalt in der Schweiz und auf dem Lande geeigneten Kinder wurden von dem Leiter etwa 400 Kinder untersucht. Die Erfolge des Auslandsaufenthaltes waren ausgezeichnete; nach Rückkehr der Kinder konnten Gewichtszunahmen bis zu 12 Pfund festgestellt werden. Nicht zu unterschätzen war neben der körperlichen Ertüchtigung der sittliche Einfluß der fremden Umgebung auf die zum Teil etwas verwahrlosten Kinder.

Durch Verhandlungen mit den Standesämtern gelang es, diese zur Meldung aller Tuberkulosetodesfälle an das Kreisgesundheitsamt zu veranlassen; dadurch wurde zweifellos ein wesentlicher Fortschritt in der Tuberkulosebekämpfung geschaffen, weil durch die Meldungen der Standesämter erst eine ganze Reihe von derartigen Todesfällen bekannt wurde, in deren

Familien dann rechtzeitig Fürsorgemaßregeln zum Schutz der übrigen Familienmitglieder eingeleitet werden konnten. Ferner lag dem Leiter die Erledigung des recht regen Schriftverkehrs ob, der häufig ausführliche Berichte an Behörden erforderte, außerdem war dem Leiter die Verteilung der Zusatznahrungsmittel für Kranke und von Liebesgaben übertragen, eine Tätigkeit, die wegen der Kontrolle der verschiedenen Ausgabestellen viel Zeit erforderte. Monatlich einmal hielt endlich der Leiter noch Sprechstunden für Geschlechtskranke, nach Geschlechtern getrennt, und eine Sprechstunde für alle sozialmedizinischen Angelegenheiten ab; letztere wurde besonders von Lehrern benutzt, um Krüppel und sonstige krankhaft veranlagte Kinder der ärztlichen Beurteilung zuzuführen. In Bedarfsfällen wurden dann von dem Leiter die weiteren Verhandlungen über Unterbringung solcher Kinder in entsprechende Anstalten geführt.

Für die gesamte Tätigkeit erhielt der Leiter eine Entschädigung von 1500 M. (für 1920 sind 3000 M. in den Haushaltsplan eingestellt)[3]). Reisekosten und Tagegelder wurden nach dem Gesetz über die Reisekosten der Staatsbeamten besonders bezahlt.

2. Fürsorgeärzte. Die örtliche Säuglingsfürsorge wurde von den im Kreis ansässigen Aerzten ausgeübt; für die Tätigkeit wurde den Aerzten eine Entschädigung von 12 Mark für jede Sprechstunde und entstandener Fuhrlohn vergütet (für 1920 sind in den Haushaltsplan eingestellt 15 Mark für jede Sprechstunde am Wohnsitz des Arztes, 35 Mark für jede Sprechstunde außerhalb desselben einschließlich Reisekosten)[4]). Im ganzen fanden 216 Säuglings-Sprechstunden statt, die von 2478 Personen[5]) aufgesucht wurden. In jeder Fürsorgestunde wurde über jedes Kind ein besonderes Kartenblatt geführt, das fortlaufend ergänzt wurde. Kranke Kinder wurden bei zahlungsfähigen Eltern den Hausärzten, bei Krankenkassenmitgliedern den Kassenärzten überwiesen, tatsächlich Arme kostenlos von der Fürsorgestelle behandelt. Auf diese Weise gelang es Konflikte mit Aerzten fast vollkommen zu vermeiden.

Zur örtlichen Tuberkulosefürsorge wurde neben den ortsangesessenen Aerzten für die zwei größten Fürsorgestellen — Rothenbach und Liebau — der Oberarzt der Volksheilstätte als Tuberkulosefacharzt herangezogen, der gleichzeitig für sämtliche Fürsorgestellen die notwendigen Röntgenuntersuchungen in der Heilstätte und auf Veranlassung der Fürsorgeärzte Untersuchungen des Auswurfes vornahm. Die anfänglich durch die Eingliederung des Facharztes in die Fürsorgetätigkeit sich ergebenden Schwierigkeiten konnten durch Rücksprache und Beseitigung z. T. berechtigter Anstände schnell aus dem Wege geräumt werden.

Das Interesse der Bevölkerung an den Tuberkulosefürsorgestellen war trotz der Propaganda im Berichtsjahr leider noch sehr gering; es betrug die Zahl der Hilfesuchenden im ganzen nur 227[6]); bei 108 derselben wurde Tuberkulose festgestellt, während die übrigen keinen sicheren Befund ergaben. Den Hauptzuspruch fanden die von dem Facharzt geleiteten Fürsorgestellen; an den Orten, in denen Aerzte wohnen, dürften die von diesen selbst geleiteten Fürsorgesprechstunden wohl immer nur auf verhältnismäßig geringen Zuspruch rechnen können, weil der größere Teil der Kranken sich in der Regel in der Behandlung des Arztes schon ohne dies befindet und deshalb auf den Besuch der öffentlichen Fürsorgestelle verzichtet. Sicher würde sich an solchen Orten die Frequenz der Fürsorgestelle schnell heben und damit die Tuberkulosebekämpfung wesentlich gefördert werden, wenn nicht ein ortsangesessener Arzt, sondern ein auswärtiger, möglichst fachärztlich vorgebildeter Arzt dort die Fürsorge übernehmen würde. In unserem Kreise dürfte die Möglichkeit hierfür durch weitere Heranziehung der Anstaltsärzte der beiden Lungenheilstätten gegeben sein.

---

[3]) Für 1921 werden 6000 M. beantragt werden.

[4]) Für 1921 sind 18 M. für örtliche und 50 M. für auswärtige Sprechstunden in Aussicht genommen.

[5]) Im Jahre 1920 betrug die Zahl der Besucher 4220.

[6]) Im Jahre 1920: 626 Besucher.

3. Fürsorgerinnen. Die Fürsorgetätigkeit der Fürsorgerinnen erstreckte sich auf Teilnahme an den Fürsorgesprechstunden, den Sprechstunden des Leiters und auf Hausbesuche; nach Bedarf übernahm die Fürsorgerin auch die Ueberführung von Kindern in Kliniken und zu auswärtigen Fachärzten. Ferner wurden von den Kreisfürsorgerinnen Kurse in Säuglingspflege für Schulmädchen und schulentlassene Mädchen abgehalten. In regelmäßiger Verbindung standen die Fürsorgerinnen mit Vormündern und Waisenräten im Interesse der unehelichen Kinder. Ihre Tätigkeit wurde von der Bevölkerung, die sich anfangs der Kreisfürsorgerin gegenüber sehr zurückhaltend verhielt, schon nach den ersten Monaten ihrer Tätigkeit fast ausnahmslos richtig bewertet; durch taktvolles, geschicktes Verhalten und liebevolles Eingehen auf die Eigenart der Bevölkerung gelang es ihnen, noch gelegentlich auftretendes Mißtrauen schnell zu beseitigen.

Zahlenmäßig stellte sich die Tätigkeit der Fürsorgerinnen folgendermaßen:

	Bezirk I 30 Ortschaften	Bezirk II 29 Ortschaften		
a) Säuglings- und Kleinkinderfürsorge:	712	854	Hausbesuche	
b) Tuberkulosefürsorge:	176	60	"	
c) Allgemeine Krankenfürsorge:	9	8	"	
d) Bei Haltekindern	184	27	"	(ein Teil ist unter a aufgenommen)
e) Bei Krüppeln und Idioten:	14	34	"	
f) Im Interesse der Jugendfürsorge:	86	27	"	
Sa.	1081	1005	Hausbesuche.[7]	

In kleinen Ortschaften, in denen die Abhaltung einer ärztlichen Fürsorgesprechstunde nicht lohnte, hielten die Fürsorgeschwestern selbständig nach Anweisung des Leiters Beratungsstunden ab. Die Zahl der Fürsorgesprechstunden, an denen die Fürsorgeschwestern teilnahmen, betrug in Bezirk I 132, in Bezirk II 115.[8]

Besonderer Wert wurde darauf gelegt, daß die Fürsorgerinnen möglichst häufig den Bezirk bereisten, die Zahl der Reisetage betrug für jede Fürsorgerin im Durchschnitt 198.

Neben der Fürsorgetätigkeit lag den Fürsorgerinnen die Bearbeitung des statistischen Materials ihres Bezirks und die Abfassung der in der Erledigung von Fürsorgeangelegenheiten notwendigen örtlichen Berichte ob. Die Fürsorgerinnen erhielten ein Jahresgehalt von 3600 M., außerdem wiederholt Zulagen, so daß das Gesamteinkommen annähernd 5000 M. im Jahre betrug; außerdem wurden Zehrungskosten an Reisetagen mit durchschnittlich 3—4 M. je Tag erstattet. (Für 1920 ist für jede Fürsorgerin ein Jahresgehalt von 7000 M. in den Haushaltsplan eingestellt)[9]. Ein Rad stand jeder Fürsorgerin kostenlos zur Verfügung, für Bahnfarten wurde eine Fahrkarte III. Klasse gewährt. Jeder Fürsorgerin stand wöchentlich ein freier Nachmittag und jährlich ein Urlaub von 4 Wochen zu.

4. Oertliche Fürsorgestellen. Sehr schwierig war häufig die Beschaffung geeigneter Räume für die Fürsorgesprechstunden; meist mußte auf Gasthäuser zurückgegriffen werden, nur an wenigen Orten standen andere Räume zur Verfügung. Kosten für Bereitstellung der Räume sind nur in der Gemeinde Rothenbach entstanden. In Rücksicht auf die notwendige Einschränkung der Kosten für die ärztlichen Sprechstundenhonorare mußten in der Mehrzahl der Fürsorgestellen Säuglings- und Tuberkulosefürsorgesprechstunden hintereinander abgehalten werden. Wenn auch diese Einrichtung

[7]) Im Jahre 1920: 1385 bezw. 1122 Hausbesuche.

[8]) Im Jahre 1920: 172 bezw. 105 Fürsorgesprechstunden.

zweifellos vom hygienischen Standpunkte aus nicht einwandsfrei war, so konnte doch das Risiko durch Fernhalten der Tuberkulose-Kranken vom Wartezimmer bis zum Abschluß der Säuglingssprechstunde und entsprechende Reinigung der Zimmer auf ein sicher nur sehr geringes Maß herabgesetzt werden. Ebenfalls aus Mangel an verfügbaren Mitteln mußte die innere Einrichtung der einzelnen Fürsorgestellen auf das notwendigste beschränkt werden, in jeder größeren Fürsorgestelle befand sich aber wenigstens eine Säuglingswage, für die kleineren Stellen führten die Fürsorgerinnen nach Bedarf eine Wage mit.

Der Besuch der einzelnen Fürsorgestellen schien im wesentlichen von der Berufstätigkeit der Bevölkerung des betreffenden Bezirks abzuhängen; die Arbeiterschaft, insbesondere die Bergarbeiter, zeigten größeres Verständnis für die Vorteile der Einrichtungen der Fürsorgestellen als die landwirtschaftliche Bevölkerung, bei der allerdings wegen der besseren Wohnungsbeschaffenheit und der wesentlich günstigeren Ernährungsmöglicheit die gesundheitlichen Verhältnisse im allgemeinen weniger der Ueberwachung bedurften. So entfiel fast die Hälfte sämtlicher Säuglingsfürsorgefälle auf die Bergarbeiterschaft von Rothenbach und Umgebung.

Von großem Wert für die Fürsorgestellen war die Einrichtung, den Besuchern in Bedarfsfällen Zusatznahrungsmittel wie Reis, Larosan, Eiweismilch, Plasmon, Panin gegen mäßiges Entgelt, an Arme unentgeltlich, abgeben zu können; eine Zeitlang stand den Fürsorgestellen außerdem noch Schokolade und Kakao zu sehr mäßigen Preisen zur Verfügung.

Die schriftlichen Arbeiten der örtlichen Fürsorgestellen wurden in der Regel von Damen des Ortes freiwillig übernommen.

C. Schlußbemerkungen.

Im Berichtsjahr haben die Einrichtungen des Kreisgesundheitsamtes, insbesondere die örtlichen Fürsorgestellen, in der Bevölkerung des ganzen Kreises zweifellos festen Fuß gefaßt; an Stelle des anfänglich häufig hervorgetretenen Mißtrauens ist allmählich das Vertrauen der Bevölkerung und die Anerkennug des Wertes unserer Bestrebungen für die Volksgesundheit getreten. So konnte sich das Kreisgesundheitsamt schon im zweiten Jahre seines Bestehens zur Zentrale aller Wohlfahrtsbestrebungen des Kreises herausbilden, dessen Rat und Hilfe jetzt bereits von weltlichen und geistlichen Behörden ebenso wie von Privaten in vielen Fällen sozialer Not in Anspruch genommen wird. Durch seine ständige Verbindung mit den Behörden war es häufig möglich, soziale Not zu beseitigen oder wenigstens zu mildern.

Die statistischen Feststellungen über die Säuglingssterblichkeit ergaben folgendes Resultat: Es starben im Berichtsjahr im Kreise Landeshut Kinder bis zu einem Jahr 20,4 %[10]), während von den in Fürsorge befindlichen Kindern bis zu einem Jahr nur 14,9 %[11]) starben; hierbei ist noch zu berücksichtigen, daß gerade von den Fürsorgekindern ein erheblicher Teil schwächlich und krank gewesen ist. Besonders deutlich zeigte sich der Erfolg der Säuglingsfürsorge in der Gemeinde Rothenbach (Bergarbeitergemeinde). Hier starben während des Berichtsjahres 32 % aller Kinder bis zu einem Jahre, während die Sterblichkeit der gleichaltrigen Kinder in der Säuglings-Fürsorgestelle nur 21,2 % betrug.

Schon die kurzen Erfahrungen von 1½ Jahren haben somit den hohen Wert des Kreisgesundheitsamtes für die Volkswohlfahrt deutlich erkennen lassen, ein weiterer Ausbau sowohl der Zentrale, als auch der örtlichen Fürsorgestellen wird in Zukunft sicher viel zur Hebung der Gesundheit und Widerstandsfähigkeit der durch Not und Elend schwer geschädigten Bevölkerung des Kreises beitragen.

---

[9]) Die Anstellung als nicht pensionsberechtigte Beamte des Kreises ist für 1921 in Aussicht genommen.

[10]) 17,5 % im Jahre 1920.

[11]) 7,1 % im Jahre 1920.

Kleinere Mitteilungen u. Referate aus Zeitschriften.

Gerichtliche Medizin.

Sonus postmortalis. Von Dr. med. et phil. Friederich Kanngiesser (Braunfels).

Daß Kadaver noch Töne von sich geben können, wurde in der naturwissenschaftlichen bezw. medizinischen Literatur wohl erstmals von mir beschrieben und zwar in der Oesterr. Aerzte-Ztg. 1915 Nr. 9. Auf Grund mir zugegangener Mitteilungen veröffentlichte ich hierzu weitere Beobachtungen in der Naturw. Wochenschr. 1915, Nr. 33, in der Zeitschr. f. Medizinalbeamte 1915, H. 20 und in der Aerztl. Sachverständigen-Ztg. 1917, S. 197. Der Vorgang bei dem Leichenseufzer scheint mir rein mechanisch zu sein: Luftaustritt aus den Luftwegen durch Druck, wie dieses bei Berührung resp. Umlagerung von Leichen zustande kommt. Mittlerweile erfuhr ich zu dem Thema noch folgendes:

Herr Dr. med. Schneider (Runkel) erzählte mir, daß etwa eine Minute nach dem an Ruhr erfolgten Tode seines kleinen Kindes — die Agonie erfolgte unter einem Krampf im linken Facialis, worauf letzte Expiration — die Leiche ein ructusähnliches Geräusch von sich gab, das, wie der Herr Kollege meint, aus dem Magen kam und nicht etwa aus den Luftwegen. Die Umstehenden hätten es zwar als einen letzten Versuch des sterbenden Kindes, Mama oder Papa zu sagen, gedeutet, doch zweifelt Herr Dr. Sch. nicht daran, daß das Geräusch deutlich postmortal war. Herr Dr. med. F. Leppmann (Berlin) berichtet mir wie folgt: „Ein alter Geistlicher war in seinem Amtszimmer an Herzschlag gestorben. Ich war seinem Sohne behilflich, die Leiche zu entkleiden. Hierbei erschrak der Sohn plötzlich, denn wir hatten bei einer bestimmten Bewegung — soweit ich mich erinnere, beim Hochheben des Arms der Leiche — deutlichen Atemzug gehört. Die Außenluft war durch eine unbeabsichtigte künstliche Atmung aspiriert worden.“ Ihre Durchlaucht Anita, Prinzessin zu Ysenburg (Wächtersbach) schrieb mir dies: „Im Dezember 1916 hatten wir eine Treibjagd, bei der leider ein Todesfall passierte. Es bekam nämlich einer unserer Förster einen Herzschlag, dem er nach wenigen Minuten erlag. Ich schloß ihm die Augen. Als nach 3/4 Stunden der Wagen kam und wir den Toten aufluden, vernahm ich ganz deutlich einen Laut wie Röcheln.“ Herr Professor Dr. med. L. Lewin (Berlin) teilte mir mit: „Ich fand in einem Buche von Ipsen: Christian August, Prinz zu Schleswig-Holstein, 1852, S. 254 eine Notiz über den Totenschrei: „Es sagte jemand, daß der tote Prinz sich rühre. Man sprang auf, fand aber, daß es ein röchelnder Laut in der Brust und dem Halse war, herrührend von der Luft, die Blasen vor dem Mund trieb.“

Herr Apotheker A. Müller (Kreuznach) schrieb mir: „Diese Töne kann man auch bei toten Tieren hören, wenn man den Brustkorb zusammenpreßt. Immer gelingt es ja nicht, den Ton auszulösen, [das deckt sich auch mit meinen Erfahrungen an Tierkadavern, K.] aber gehört habe ich ihn öfters.“ Herr F. Daniel (Gießen) berichtet mir von einem verendeten Huhn, dem am Tage nach dem Eingehen beim Untergraben Erde aufgeschüttet wurde, wobei es einen Ton von sich gegeben hätte, ferner habe er beim Schlachten einer alten Henne das folgende konstatiert: „Nachdem der Kopf des Huhns durch Beilhieb vollständig abgetrennt war und ich das Huhn nahm, um das Blut ablaufen zu lassen, in diesem Augenblick stieß der kopflose Körper etwa 8- bis 10 mal ein lautes durchdringendes Schreien aus.“ Frl. Ch. Alles (Braunfels) sagte mir, daß ein Hahn eine halbe Stunde nach dem Tod, als er schon halb gerupft war, noch einen kräftig stöhnenden Laut mit kurz darauf folgendem leichten Seufzer von sich gab, desgl. habe ein Huhn eine Stunde nach der Decapitation nochmals geschrien. Aehnliches berichtete mir I. D. A., Prinzessin zu Ysenburg: „Neulich holte ich in einem benachbarten Dorfe eine Gans, ließ sie abschlachten und als ich sie nach Ablauf von etwa 20 Minuten in einen Sack stecken wollte, fing sie nochmals an zu quaken.“ Mein Freund Dr. Nestor Cerutti, Chorherr des Augustinerordens im Kloster des Gr. St. Bernhard, schrieb mir: „Le boucher ayant soulevé un porc décapité en le prenant par la partie supérieure, les poumons du porc se remplirent d'air, et lorsqu'il le laissa retomber l'émission de l'air produisit le cri de l'animal vivant.“

[Bei dieser Gelegenheit möchte aus mir bekannt gewordenen analogen Phänomenen der Raumersparnis halber nur noch eine Beobachtung wieder-

geben, über die mir Herr Dr. med. de Merveilleux (St. Blaise: Ct. Neuchâtel) berichtete: „Il me revient en mémoire un cas qui m'avait beaucoup frappé dans ma jeunesse. Nous avions coupé le cou d'un canard et posé la tête à côté du cronc sur lequel nous avions opéré. Le canard a fait 6—7 mètres en ligne droite, a tourné 2 fois en angle droit pour descendre l'escalier conduisant au poulailler. Ceci peut-être du au hasard, le chemin parcouru étant en pente douce, mais il m'avait beaucoup fait réfléchir." Ob dieses Phänomen, von dem mir ein ganz ähnlicher Fall berichtet wurde, auch bei Hingerichteten zur Beobachtung gelangte? Jedenfalls spielt es eine Rolle in der Ballade des Freiherrn v. Münchhausen: ‚Die Freunde' (Die Standarte; 1916, S 65/68): Die letzte Bitte des Kapitäns eines Piratenschiffs, der samt seiner Mannschaft vor dem Gericht des Hamburger Rats stand, war, daß diejenigen seiner Freunde verschont würden, an denen er nach seiner Hinrichtung noch vorbeigehen würde, was bei Dreien derselben, die auf dem Richtplatz in Reih und Glied aufgestellt waren, auch eintraf, aber beim Vierten brach der Geköpfte zusammen.]

Mikrochemische Untersuchungen über den Inhalt einer Spermatozele. Von Dr. R. Romanese-Turin. Archivio di Antropologia criminale etc.; 1920, Heft 2.

Gelegentlich der Operation einer Spermatozele war es möglich, das Sperma in reinem Zustand einwandfrei zu untersuchen. Das Ergebnis ist nicht ohne Bedeutung, da bisher noch manche widersprechende Ergebnisse hierüber vorliegen. Es wurde festgestellt, daß die Spermatozoen reichlich vorhanden, normal, aber unbeweglich waren. Alle Reaktionen auf Sperminkristalle (nach Florence, Barberio usw.) fielen negativ aus. Es sind demnach andere Umstände (Beimischung von Prostataschleim, Fäulniserscheinungen u. a. m.), die bei dem ejakulierten Sperma und den Spermaflecken zu einer positiven Reaktion führen. Dr. Solbrig-Breslau.

Morphium und Kokain. Von Prof. Dr. Vit. Tirelli-Turin. Archivio di Antropologia criminale etc.; 1920, Nr. 3.

Der Mißbrauch von Morphium und Kokain hat unter der Einwirkung des Krieges eine ungeheure Verbreitung gefunden. Italien kann sich für dieses Geschenk bei seinen Allierten und den Neutralen bedanken, wie Verfasser bemerkt. Die Engländer haben dabei gute Geschäfte gemacht, indem sie das Gramm Kokain für 12 Lire lieferten. Der Kokainismus erfreut sich besonderer Beliebtheit bei den Vornehmen. Gaben von 4—5 g Kokain pro die, von 5 g Morphium nebst 1 g Kokain sind vom Verfasser beobachtet. Ganze Institute von jungen Mädchen wurden durch eine Kokainistin vergiftet.

Genauer wird über 41 Fälle berichtet, die Verfasser zu behandeln hatte. In 7 Fällen handelt es sich um eine Kombination von Morphinismus und Kokainismus. Auch jüngere Personen waren darunter. Alle 41 Patienten waren psychisch alteriert, vielfach handelte es sich um Degenerierte.

Heilungen sind außerordentlich selten, wie wir wissen. Verfasser tritt für Präventivmaßregeln ein. Dr. Solbrig-Breslau.

Bemerkenswerte Befunde beim Ertrinkungstod. Von Gerichtsarzt Dr. Döllner-Duisburg. Aerztliche Sachverständigen-Zeitung; 1920, Nr. 20.

Es handelt sich um 3 typische Eigenarten an Wasserleichen, wie sie bisher noch nicht beschrieben sind. Jedesmal lag Ertrinkungstod vor. Im ersten Fall war bei einem älteren Mann mit ausgedehnter Tuberkulose das Wasser nur bis in die mittleren Luftröhrenäste eingedrungen, während die feineren Verzweigungen leer blieben. Die Erklärung war darin zu finden, daß die Bewegungsfähigkeit der Lungen durch außerordentlich starke Verwachsungen erheblich behindert war, deshalb der Atmungstypus oberflächlich war und ein Atemzug genügte, um genügend Wasser in die oberen Atmungswege zu bringen, das mechanisch den Zutritt weiterer Luft und weiteren Wassers abschloß und zu Bewußtlosigkeit und Lähmung des Atmungszentrums führte.

Gegenteiligen Befund boten die beiden anderen Fälle, bei denen es sich um kräftige Mädchen handelte. Hier lag eine „Schaumlunge" vor, d. h. die

Lungen waren aufs stärkste ausgedehnt, ganz hell gefärbt, von einer Konsistenz wie weicher Kautschuk und ließen sich unter Beibehaltung der Form aufrecht hinstellen. Feinblasiger Schaum war bis in die Endigungen der Atmungskanäle zu finden. Es war also sehr kräftige und tiefe Atmung noch im Wasser erfolgt.

Dr. Solbrig-Breslau.

Befruchtung, Ovulation und Menstruation. Von Prof. Dr. Gius. Levi-Turin. Archivio di Antropologia criminale etc.; 1920, H. 4.

Aus den neueren Forschungen namhafter Autoren folgert Verfasser, daß

1. die Ovulationsperiode meist vom 7. bis 14. Tage vom Beginn der letzten Menstruation dauert,
2. Die Befruchtung in der Mehrzahl der Fälle 2—3 Tage nach der Kopulation eintritt,
3. Die Mindestzeit der Wanderung der Spermatozoen bis zum äußeren Drittel der Tube, wo die Befruchtung vor sich zu gehen pflegt, 24 Stunden dauert,
4. die Befruchtung nur bei annäherndem Zusammentreffen von Ovulation und Kopulation eintritt.
5. Die Wanderung des befruchteten Eies von der Tube 8—10 Tage dauert.

Dr. Solbrig-Breslau.

Die Reform des Strafrechts in Italien. Von Prof. Enr. Ferri-Rom. Archivio di Antropologia criminale etc.; 1920, H. 1.

Es werden die Vorschläge zusammengefaßt, die vom Standpunkt der Positivisten (Schule Lombroso) zu machen sind. Es handelt sich dabei hauptsächlich um folgendes:

1. Zur sozialen Verhütung der Kriminalität sind alle Bestrebungen zu unterstützen, die auf die Hygiene des Kindesalters, eine verständige Jugenderziehung, Verbesserung der Arbeitsbedingungen und des Familienlebens und dergl. hinauslaufen.

2. Die veralteten und schädlichen polizeilichen Maßnahmen nach Begehung des Delikts, wie Verwarnung, Ueberwachung, Anweisung eines Zwangsaufenthaltes müssen fortfallen und an ihre Stelle muß Fürsorge für Alkoholisten, Müßiggänger usw. treten.

3. Repressivmaßregeln sind nicht zu entbehren. Es ist aber dabei an eine Verbesserung des Gefängniswesens, Erleichterung der Rückkehr aus dem Gefängnis in geordnete Arbeitsverhältnisse und dergl. zu denken. Trennung der gemeinen Verbrecher von den politischen, Trennung der minorennen Verbrecher, Unterbringung der geisteskranken Verbrecher in besonderen Anstalten, Schaffung ländlicher Kolonien als Unterbringungsort für Verbrecher, Gelegenheit zur Erlernung von Handwerke im Gefängnis sind weitere Forderungen, die aufzustellen sind.

Dr. Solbrig-Breslau.

Tagesnachrichten.

Aus dem Reichstage. In seiner Sitzung am 3. d. Mts. hat der Reichstag zwei Entschließungen des Ausschusses für Bevölkerungspolitik ohne Aussprache angenommen, von denen die eine möglichst baldige Vorlegung eines Gesetzentwurfes zur Bekämpfung der Trunksucht und die andere eine Beseitigung der im Deutschen Reiche noch bestehenden Bordelle fordert, da sie in Widerspruch mit § 180 Str.G.B. stehen. Eine gleiche Forderung wird aus demselben Grunde auch betreffs der Kasernierungen gestellt.

Die Reichsregierung hat beschlossen, für die Zwecke der Speisung unterernährter Kinder den Betrag von 50 Millionen in den Haushalt einzustellen, der in erster Linie für die mit amerikanischer Hilfe beabsichtigte Erweiterung des Kinderhilfswerks verwandt werden soll. In dem Haushalt für

das Reichsarbeitsministerium sind 500 Millionen Mark für die **soziale Fürsorge für Kriegsbeschädigte und Kriegshinterbliebene** eingestellt. Nach den Ausführungen des Reichsarbeitsministeriums haben die Erhebungen über die Gesundheitsverhältnisse, insbesondere über die Ausbreitung der Tuberkulose erschreckende Ergebnisse gehabt, besonders bei den Kriegswaisen. Es soll daher hier zunächst eine Hilfstätigkeit einsetzen und zu diesem Zwecke einen Betrag von 100 Millionen im Haushalt vorgesehen werden.

Nach dem jetzt vorliegenden endgültigen Ergebnis der **preußischen Landtagswahl** ist außer dem Abg. Dr. Weyl-Berlin (unabh. sozdemok. Partei) — siehe Nr. 5 dieser Zeitschrift, S. 91 — noch San.-Rat Dr. Stemler in Bad (Zentrum) gewählt. Die bisherigen der Deutschen demokratischen Partei angehörenden Abgeordneten Geh. Med.-Rat Prof. Dr. Schlossmann-Düsseldorf und Dr. Struwe-Kiel haben sich gar nicht wieder aufstellen lassen, der derselben Partei angehörende Abg. Prof. Dr. Abderhalden-Halle a. S. hatte schon früher sein Mandat niedergelegt. Die Abgeordneten Dr. Brackmann-Bremervörde (Deutsch-Hannoveraner) und Dr. Breier-Berlin, Reg.-Rat und Hilfsarbeiter in der Med.-Abt. des Ministeriums für Volkswohlfahrt (Sozdemok.), sind zwar beide wieder aufgestellt (auf der Landesliste), aber nicht durchgekommen. Aussicht auf ein Mandat hat übrigens erfreulicherweise der frühere Ministerialdirektor Prof. Dr. Kirchner-Berlin; er steht im VI. Wahlkreis (Pommern) als Ersatzmann an erster Stelle des Wahlvorschlages der Deutschnationalen Volkspartei; die in diesem Wahlkreise nicht weniger als 9 Abgeordnete durchgebracht hat.

Zur Erhöhung der preußischen Gebührenordnung für Medizinalbeamte vom 14. Juli 1909. Durch Verordnung vom 20. Dezember 1920 sind bekanntlich die Gebühren der Medizinalbeamten um 300 vom Hundert erhöht. Darunter ist nicht etwa das „Dreifache" des jetzigen Satzes zu verstehen, sondern das „Vierfache", wie sich z. B. aus folgender Berechnung ergibt: Grundgebühr 10 Mark; bei Erhöhung von 100 % 10 + 10 = 20 M., von 200 % 10 + 20 = 30 und um 300 % 10 + 30 = 40 M. Da uns mitgeteilt ist, daß einzelne Gerichtsbehörden der irrigen Ansicht sind, daß es sich nur um eine dreifache Erhöhung handelt, so wird auf die Unrichtigkeit dieser Ansicht hingewiesen.

Der **Bayerische Staatshaushaltsausschuß** hat bei Beratung des Haushalts für das **Gesundheitswesen** einen von sozialdemokratischer Seite gestellten Antrag mit 14 gegen 13 Stimmen angenommen, wonach der in den Haushalt eingestellte Betrag für soziale Fürsorge (bisher 460000 Mk.) auf 5 Millionen erhöht werden soll. Die unabhängige sozialdemokratische Partei hatte 10 Millionen beantragt. Nach der Zusammensetzung des Landtages ist wohl kaum anzunehmen, daß der betreffende Antrag auch die Zustimmung des Landtages selbst finden wird; dagegen dürfte auch in diesem auf eine erhebliche Erhöhung des ursprünglichen Betrages zu rechnen sein.

Der **sächsische Landtag** hat am 2. März d. J. mit allen sozialistischen Stimmen gegen alle bürgerlichen den Beschluß gefaßt, den **Hebammen Beamteneigenschaft** zu geben. Wird dieser Beschluß Gesetz, dann wird dem Staat daraus eine Mehrausgabe von 20 Millionen Mark erwachsen, wofür keine Deckung vorhanden ist.

Amtsbezeichnung für Medizinalbeamte. Der Thüringische Medizinalbeamtenverein hat beim Thüringischen Landtage durch eine Eingabe beantragt, die Amtsbezeichnung „Medizinalrat" für die Kreisärzte und „Obermedizinalrat" für die beamteten Aerzte bei den Regierungen einzuführen.

Am 5. Februar ist im Ministerium des Innern in Dresden ein **Reichsausschuß für hygienische Volksbelehrung** gegründet. Zu der Sitzung hatten sich Vertreter des Reichsministeriums des Innern, der preußischen, bayerischen, sächsischen, württembergischen, badischen, thüringischen, oldenburgischen, anhaltischen Landesregierungen bezw. Landesausschüsse eingefunden und erklärten sich sämtlich mit der Konstituierung des Reichsausschusses einverstanden. Nach eingehender Beratung über die Art der Organisation wurden die Satzungen grundsätzlich gutgeheißen. Danach wird der Reichsausschuß einen Zusammenschluß der Vertreter der Landesausschüsse bilden und seinen Zweck in der Förderung der organischen Verbindung zwischen den Landesausschüssen erblicken, um unter Zusammenarbeit mit dem Deutschen Hygiene-Museum und der Lingner-Stiftung die hygienische Aufklärung und das Lehrmittelwesen auszugestalten und den Landesausschüssen geeigneten Anschauungsstoff zu vermitteln. Sein Vorstand wird sich zusammensetzen aus dem jeweiligen sächsischen Minister des Innern als Vorsitzenden des Verwaltungsrates der Lingner-Stiftung, dem Vorsitzenden des Sächs. Landesausschusses für hygienische Volksbelehrung als geschäftsführenden Vorsitzenden, einem Vertreter des Reichsministeriums des Innern, dem Vorsitzenden des Preußischen Landesausschusses für hygienische Volksbelehrung als stellvertretenden Vorsitzenden, einen ärztlichen Vertreter des Deutschen Hygiene-Museums, dem Vorsitzenden des Deutschen Aerztevereinsbundes und dem Generalsekretär des Reichsausschusses (Dr. Neustätter-Dresden), während der Verwaltungsrat außerdem noch drei Vertreter Preußens und je einen Vertreter der übrigen Landesausschüsse umfassen wird. Der Arbeitsausschuß schließlich setzt sich zusammen aus gewählten Vertretern von vier Landesausschüssen: Preußen, Bayern, Sachsen, Baden, dem ärztlichen Vertreter des Deutschen Hygiene-Museums und dem Generalsekretär.

Der **XXXIII. Kongreß der Deutschen Gesellschaft für innere Medizin** findet vom 18.—21. April in Wiesbaden statt. Hauptgegenstand der Tagesordnung ist: Die Behandlung der Tuberkulose. Berichterstatter sind: die Professoren Dr. L. Aschoff-Freiburg i. B. (natürliche Heilungsvorgänge bei Lungentuberkulose), Dr. Uhlenhuth-Berlin (experimentelle Grundlagen der Tuberkulosetherapie), Dr. Gerhardt-Würzburg (klinische Behandlung), Dr. Brauer-Hamburg (operative Behandlung). Ferner findet eine Aussprache über den jetzigen Stand der Diabetestherapie statt, die von Herrn Prof. Dr. von Noorden-Frankfurt a. M. eingeleitet wird. Anmeldungen zu sonstigen Vorträgen sind unter Beifügung einer kurzen Inhaltsangabe an Prof. Dr. G. Klemperer-Berlin W 62, Kleiststraße 2 zu richten.

Merkblatt zur Bekämpfung der Geschlechtskranken. Behufs Entfaltung einer großzügigen Propaganda seitens der Wohlfahrtsämter, Landesversicherungsanstalten, Krankenkassen, Beratungsstellen und anderer der Volkswohlfahrt dienenden Einrichtungen haben im Auftrage des Provinzialverbandes Hannover der Deutschen Gesellschaft zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten (Hannover, Maschstr. 8) Kreisarzt Dr. Dohrn und Senator Schickenberg in Hannover ein Merkblatt mit bunten Bildern verfaßt, das in knapper und eindringlicher Weise auf die Gefahren und die Wege der Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten und die zu ihrer Verhütung dienenden Beratungsstellen für Geschlechtskranke hinweisen soll. Das Merkblatt ist sehr geeignet, den von ihm beabsichtigten Zweck der Abschreckung vor den Gefahren der Geschlechtskrankheiten zu erreichen, und kann deshalb zur Anschaffung und Verteilung dringend empfohlen werden, zumal es den Vorzug der Billigkeit besitzt (1 Stück: 50 Pf., 500 Stück: 130 M., 1000 Stück: 250 M.).

Für die **Aufnahme von Inseraten über Heilmittel** hat die Autorenkommission der Deutsch-Medizinischen Fachpresse folgende Grundsätze aufgestellt:

„1. Aufgenommen werden dürfen nur Anzeigen von solchen Heilmitteln. deren Bestandteile in der Anzeige selbst angegeben sind, auch wenn sie bisher schon, ohne diese Bedingung zu erfüllen, aufgenommen waren. Die Namen der Bestandteile sind auf ihre Richtigkeit zu prüfen, da manche Hersteller von Spezialitäten unrichtige oder undeutliche Angaben machen.

2. Grundsätzlich abzulehnen sind solche Anzeigen, die auch in der Tagespresse erscheinen und nach Form und Inhalt als marktschreierisch, irreführend oder unwahr anzusehen sind.

3. In zweifelhaften Fällen werden die für die Zulassung von Inseraten zuständigen Stellen gebeten, sich um Auskunft an den mitunterzeichneten Obmann zu wenden, der zusammen mit den anderen Ausschußmitgliedern schnellstens die Entscheidung treffen wird. Diese Entscheidung wird nicht nur dem Fragesteller, sondern zur Erzielung einer möglichst einheitlichen Behandlung der Anzeigenaufnahme auch den anderen Fachblättern mitgeteilt.

4. Reklameartikel für Heilmittel irgendwelcher Art sollen im redaktionellen Teil überhaupt nicht aufgenommen werden.“

In einem Rundschreiben an die Schriftleitung der ärztlichen Fachpresse werden diese ersucht, bei ihren Verlegern dahin zu wirken, daß ihnen bei der Beschlußfassung über Annahme oder Ablehnung der Anzeigen der gebührende Einfluß eingeräumt wird, soweit sie ihn noch nicht besitzen.

Sprechsaal.

Anfrage von Dr. L. in Dr. Vor Erlaß des Reichsgesetzes betr. den Schutz von Berufstrachten und Berufsabzeichen für Betätigung in der Krankenpflege vom 7. September 1915 hatten einige **Krankenpflege-Organisationen den Schutz ihrer Tracht und ihrer Abzeichen** unter Benutzung des Reichsgesetzes betr. das Urheberrecht an Mustern und Modellen vom 11. Januar 1876 durchgeführt. Bestehen auch nach Erlaß des Reichsgesetzes vom 7. September 1915 noch derartige Organisationen und woher ist ein Verzeichnis für das Deutsche Reich darüber zu erhalten?

Antwort: Derartige Organisationen bestehen auch jetzt noch; denn das Gesetz vom 7. September 1915 schützt nur die bestehenden Berufstrachten und Abzeichen, verbietet aber keine neuen, sobald diese nur von den ersteren entsprechend abweichen. Ein Verzeichnis solcher Organisationen enthält der im Verlag von E. Staude Berlin W. 35 erscheinende Deutsche Krankenpfleger-Kalender; auch die Berufsorganisation der Krankenpflegerinnen Deutschlands, Berlin W. 50, Nürnbergerstraße 23 dürfte darüber Auskunft geben.

Anfrage des Kreisarztes Dr. W. in H.: Wiederholt ist den Kreisärzten aufgetragen, die **Gemeindeschwestern etc.** zu unterrichten, z. B. in der Entnahme von Untersuchungsmaterial. Dies setzt voraus, daß der Kreisarzt die Schwestern kennt; es ist also notwendig, daß sich die Schwestern beim Kreisarzt an- und abmelden. Ist diese Meldung in irgendeinem Reg.-Bez. schon durchgeführt?

Antwort: Eine Anzeigepflicht der Gemeindeschwestern usw. an den Kreisarzt ist, soviel der Schriftleitung bekannt ist, in Preußen nur in einzelnen Regierungsbezirken und nur für die gewerbsmäßige Krankenpflege treibenden Krankenpflegerinnen vorgeschrieben und nicht für Angehörige von konfessionellen usw. Genossenschaften. Die allgemeine Durchführung einer solchen Anzeigepflicht liegt aber durchaus im Interesse des öffentlichen Gesundheitsdienstes.

Verantwortlich für die Schriftleitung: Prof. Dr. Rapmund, Geh. Med.-Rat in Lippspringe.

Druck von J. C. C. Bruns, Minden i. W.

34. Jahrg. Nr. 7 | 5. April 1921

ZEITSCHRIFT FÜR MEDIZINALBEAMTE

Zentralblatt

für das gesamte Gebiet der gerichtlichen Medizin und Psychiatrie, des staatlichen und privaten Versicherungswesens, sowie für das Medizinal- und öffentliche Gesundheitswesen, einschl. der praktischen und sozialen Hygiene.

Herausgegeben von

Prof. Dr. Otto Rapmund
Geh. Med.-Rat in Bad Lippspringe.

Offizielles Organ des Deutschen, Preussischen, Bayerischen, Sächsischen, Württembergischen, Badischen, Hessischen, Mecklenburgischen, Thüringischen und Braunschweigischen Medizinalbeamtenvereins.

Eine Beilage: Rechtsprechung und Medizinalgesetzgebung

Bezugspreis für das Jahr: 30 M, durch die Post bezogen: 32 M.

VERLAG VON FISCHER'S MEDIZ. BUCHHANDLUNG H. KORNFELD.
Berlin W. 62, Keithstraße 5.

INHALT.

Geschäftsstelle und Versand für die Mitglieder des Medizinalbeamtenvereins durch J. C. C. BRUNS, Buchdruckerei, MINDEN i. WESTF.

Alleinige Anzeigen-Annahme und verantwortlich für den Anzeigenteil: HANS PUSCH, BERLIN SW. 48, Wilhelmstraße 28.

Personalien.

Deutsches Reich und Preussen.

Ernannt: Die Kreisärzte Dr. Loerch in Prenzlau zum Reg.- und Med.-Rat in Trier; Dr. Clauß in Posen, zurzeit bei der Regierung in Düsseldorf, zum Reg.- und Med.-Rat bei der Regierung in Erfurt; Dr. Kutscher in Berlin zum Reg.- und Med.-Rat bei der Regierung in Allenstein; Dr. Lehmann in Düsseldorf zum Reg.- und Med.-Rat bei der R gierung in Aurich; Dr. Steffenhagen in Marienwerder zum Reg.- und Med.-Rat bei der Regierung in Marienwerder; Dr. Wegener aus Mogilno, zurzeit bei der Regierung in Münster, zum Reg.- und Med.-Rat in Gumbinnen; Dr. Willführ in Potsdam zum Reg.- und Med.-Rat bei der Regierung in Liegnitz; Med.-Rat Dr. Krimke, früher Kreisarzt in Schirmeck (Elsaß) zum Kreisarzt in Wernigerode; die Kreisassistenzärzte Dr. Busch, kommiss. Kreisarzt in Mansfeld, zum Kreisarzt in Torgau, Dr. Ickert in Stettin zum Kreisarzt in Mansfeld und Dr. Fenkner aus Göttingen zum Kreisarzt in Sprottau; Stadtassistenzarzt Dr. Gronemann in Düsseldorf zum Kreisassistenzarzt in Oletzko unter Beauftragung mit der Verwaltung der dortigen Kreisarztstelle; Privatdozent Dr. Ludwig Telecky in Wien zum Gewerbearzt und Leiter der Westdeutschen sozialhygienischen Akademie in Düsseldorf; der wissenschaftliche Hilfsarbeiter Dr. Merres im Reichsgesundheitsamt zum Regierungrat in diesem Amte; der Direktor des Medizinaluntersuchungsamts in Stade Dr. Mohrmann, zurzeit in Koblenz, zum Reg.- und Med.-Rat bei der Regierung in Arnsberg; der bisherige Assistent am Institut für Infektionskrankheiten „Robert Koch" in Berlin Dr. Börnstein zum Direktor des Medizinaluntersuchungsamts in Gumbinnen; Regs.- und Med.-Rat Dr. Steiner in Königsberg i. Pr. zum Staatskommissar und Vorsitzenden des Prüfungsausschusses an der sozialen Frauenfachschule daselbst.

(Fortsetzung der Personalien auf der vorletzten Seite des Umschlags.)

---

34. Jahrg. **Zeitschrift für MEDIZINALBEAMTE** 1921.

Zentralblatt
für das gesamte Gebiet der gerichtlichen Medizin und Psychiatrie, des staatlichen u. privaten Versicherungswesens, sowie für das Medizinal- u. öffentliche Gesundheitswesen, einschl. der prakt. u. sozialen Hygiene

Herausgegeben
von
Prof. Dr. Otto Rapmund
Geh. Med.-Rat in Bad Lippspringe.

Offizielles Organ d. Deutschen, Preußischen, Bayerischen, Sächsischen, Württembergischen, Badischen, Hessischen, Mecklenburgischen, Thüringischen u. Braunschweigischen Medizinalbeamtenvereins

Verlag von Fischer's med. Buchhandlung H. Kornfeld
Herzogl. Bayer. Hof- u. K. u. K. Kammer-Buchhändler
Berlin W. 62, Keithstrasse 5

Nr. 7. | Erscheint am 5. und 20. jeden Monats | 5. April.

Zur Frage der Todesursachen bei Neugeborenen nach der Geburt.

Von Dr. Wilhelm Glauning, Bezirksarzt in Scheinfeld.

Vier Tage nach dem Nr. 21 dieser Zeitschrift, Jahrg. 1920, mit dem Aufsatz des Kollegen Blumm-Hof über „Kindstötung oder natürlicher Tod" in meine Hände gelangte, wurde ich zu einer gerichtlichen Sektion in B. durch das hiesige Amtsgericht aufgefordert. Der Sachverhalt war folgender:

Die 24jährige ledige Dienstmagd M. R. in B. hatte am 9. Nov. v. J. nachmittags zwischen 1 und 2 Uhr in ihrer Kammer heimlich ein Kind geboren. Sie hatte den ganzen Vormittag auf dem Hof gearbeitet, hatte dann mit der Dienstherrschaft und den anderen Dienstboten zu Mittag gegessen; später als es sonst üblich war, hatte sie nach dem Essen noch das Vieh gefüttert und getränkt, und war dann wie sonst auf ihre Kammer gegangen. Da sie länger als gewöhnlich ausblieb, sah die Hausfrau nach ihr und fand sie in kniender Stellung in ihrer Kammer vor einem nach den Angaben der Frau bereits toten Kinde. Sie gab an, in ihrer Kammer plötzlich von der Geburt überrascht worden zu sein, nach 2 Wehen sei das Kind gekommen, das sie in kniender Stellung erwartet habe und auf einen rasch untergelegten Rock gefallen sei. Nach einigen wenigen weiteren Wehen sei auch die Nachgeburt gekommen. Das Kind habe anfangs Lebenszeichen von sich gegeben, indem es ein paar Mal mit offenem Munde „geschnauft" habe. Beim Eintritt der Haus-

frau, die etwa 2—3 Minuten nach der Geburt erfolgt sei, sei das Kind schon tot gewesen.

Soweit die Angaben der Dienstmagd, die übrigens schon im Jahre 1917 eine Sturzgeburt mit lebendem Kinde durchgemacht, von ihrer derzeitigen Schwangerschaft nie ein Geheimnis gemacht und sich auch auf die bevorstehende Entbindung durch Bereitstellung von Kinderwäsche vorbereitet hatte. Der ganze Geburtsvorgang hatte sich so rasch abgespielt, daß die Dienstmagd nicht in der Lage gewesen war, für Hilfe oder Unterstützung bei Zeiten Sorge zu tragen. Sie hatte sogar vor, 2 Tage später aus dem Dienst auszutreten und die Geburt bei ihrer Mutter in B. abzuwarten. Trotzdem nun eigentlich keine Veranlassung bestand, anzunehmen, daß die R. das Kind nach der Geburt beseitigen wollte, und auch für eine von der Gendarmerie zunächst angenommene fahrlässige Vernachlässigung keine Anhaltspunkte vorhanden waren, wurde doch eine gerichtliche Sektion angeordnet, die ich am 11. Nov. v. J. gemeinsam mit dem Kollegen D. in B. vornahm. Das Ergebnis derselben war folgendes:

Die Sektion des völlig ausgetragenen, etwa 3000 g schweren, gut genährten und wohlausgebildeten männlichen Kindes ergab zunächst bei der äußeren Besichtigung, abgesehen von einer kleinen, etwas verfärbten Stelle auf dem r. Stirnbeinhöcker keinerlei Anhaltspunkte irgendeiner äußeren Gewalteinwirkung. Eine Geburtsgeschwulst war über dem linken Seitenwandbein nur in ganz geringem Grade nachweisbar. Die Lungen lagen nach Eröffnung der Brusthöhle ganz zurückgesunken im Pleuraraum, so daß von der r. Lunge nur ein ganz kleiner Teil über die r. Mammillarlinie hervorragte. Die Lungen fühlten sich ziemlich derb an, waren teilweise, besonders in den Unterlappen lufthaltig, dagegen durchaus nicht stark aufgebläht. Die Schwimmprobe war positiv ohne starken Auftrieb, beim Einschneiden hörte man leises Knistern, der Abstrich der Schnittfläche war blutig-schaumig; beim Einschneiden unter Wasser stiegen perlförmige Luftbläschen auf, wenn auch nur in geringer Menge. Die Magendarmschwimmprobe ergab starken Luftgehalt des Magens mit starkem Auftrieb, dagegen war der Darm völlig luftleer. Die oberen Luftwege, Mund- und Nasenhöhle sowie Rachen, Kehlkopf und Bronchien, diese bis in ihre feineren Verzweigungen, waren völlig leer. Die Bauchhöhle enthielt eine sehr reichliche Menge klarer, seröser Flüssigkeit. Sonstige abnorme Veränderungen wurden bei der Sektion nicht gefunden.

Das vorläufige Gutachten lautete: Die Sektion hat Anhaltspunkte für eine gewaltsame Todesart des Kindes nicht ergeben; eine Todesursache konnte zunächst nicht festgestellt werden.

Der vorliegende Fall hat zweifellos Aehnlichkeiten mit dem vom Kollegen Blumm-Hof berichteten. In beiden Fällen handelte es sich um Sturzgeburten, bei denen das Kind eigentlich ohne ersichtlichen Grund rasch nach der Geburt abgestorben war. In beiden Fällen ist eine Veranlassung zur Annahme eines gewaltsamen Todes des Kindes sowie zu einer Fahrlässigkeit bei der Geburt nicht gegeben, da sowohl die äußere Besichtigung, wie das makroskopische Verhalten der inneren Organe keine Anhaltspunkte für eine Gewalteinwirkung ergaben. Gleichwohl kann ich mich dem Gutachten des Kollegen Blumm, „daß der Tod des Kindes in schwerer Geburtsschädi-

gung seinen Grund hat“, nicht anschließen, weil weder bei ihm, noch in meinem Fall von einer schweren Geburt überhaupt die Rede sein kann. Wenn ein Kind mit 2 Wehen oder innerhalb 5 Minuten zur Welt kommt, so haben die mütterlichen Geburtswege keinesfalls einen derartigen Druck auf den vorangehenden kindlichen Kopf ausgeübt, daß man von einem irgendwie nennenswerten Hirndruck reden kann, sicher von keinem Hirndruck, der auf die Lebensfähigkeit des Kindes einen schädigenden Einfluß hätte ausüben können. Der beste Beweis für das Fehlen eines einigermaßen kräftigen Druckes auf den kindlichen Kopf ist doch das gänzliche oder fast gänzliche Fehlen einer Geburtsgeschwulst; die kindlichen Köpfe vertragen bekanntlich ganz andere Druckgewalten ohne dadurch Schaden zu nehmen. Was sollen denn Kinder mit einer Geburtsdauer von 24 Stunden und länger anfangen, wenn ein Druck von 5 Minuten schon tödlich wirken soll. Was dann die Asphyxie infolge vorzeitiger Lösung der Plazenta anlangt, so liegen unsere beiden Fälle etwas verschieden voneinander: Blumm teilt mit, daß nach den Angaben der Magd 5 Minuten, nachdem die Leibschmerzen aufgetreten seien, ein Kind mit Nabelschnur und Nachgeburt im Topf gelegen habe. Es ist also nicht mit absoluter Sicherheit angegeben, ob zwischen dem Erscheinen des Kindes und dem der Nachgeburt nicht ein Zeitraum von wenigstens 2—3 Minuten verstrichen ist. Aber selbst wenn man annimmt, daß Kind und Plazenta fast gleichzeitig erschienen seien, so kann die von Blumm angenommene vorzeitige Lösung der Plazenta höchstens 5 Minuten gedauert haben. Das hierdurch asphyktische Kind hat aber nach den Angaben der Mutter 2 mal laut geschrieen, demnach mit 2 Atemzügen Sauerstoff in die Lungen gebracht. Man nimmt aber doch im allgemeinen an, daß, wenn ein asphyktisches Kind schreit, dann die Asphyxie eben behoben ist. Die praktische Erfahrung lehrt anderseits auch täglich, daß eine Asphyxie (man denke doch nur an schwierige Entwicklungen bei Beckenendlagen) oft viel länger als 5 Minuten dauert, und daß die Kinder selbst ohne Wiederbelebungsversuche, oft überraschend schnell sich wieder erholen, ohne irgendwelche dauernd zurückbleibende Schädigung. Wenn aber die Plazenta im Falle Blumm schon längere Zeit vor der Geburt des Kindes gelöst wäre, so wäre bei dem noch stark gedehnten Uterus eine schwere intrauterine Blutung die unvermeidliche Folge gewesen, die vor, während oder mindestens nach der Entbindung hätte sichtbar werden müssen. Das war aber nicht der Fall. In meinem Falle kann von einer vorzeitigen Plazentarlösung nicht die Rede sein, da die Dienstmagd angegeben hat, daß nach 2 Wehen das Kind und nach einigen weiteren Wehen die Nachgeburt gekommen sei, diese also erst nach der Geburt des Kindes. Geschrien hat das Kind aber nicht, es hat nur 2 mal mit offenem Mund „geschnauft“. Die Lungen waren auch nicht übermäßig stark gebläht, wenn auch die Schwimmprobe positiv war. Die Lungen fühlten sich auch ziemlich derb

an, besonders in den Oberlappen, dagegen nicht flaumig, wie ein stark lufthaltiges Gewebe. Dagegen zeigte der Magen einen starken Luftgehalt; das Kind hatte also zweifellos mehr Luft in den Magen als in die Lungen gebracht. Aber trotz alledem, für eine tödliche Asphyxie war keine Veranlassung da, um so mehr, als wenige Minuten nach der Geburt eine gewisse Hilfe von seiten der Hausfrau vorhanden war und eine Asphyxie von 2 Minuten Dauer unter normalen Verhältnissen doch kaum sofort in wirklichem Tod übergeht. Es müssen also noch andere Ursachen für den Tod der Kinder mitgespielt haben. Der Fall auf den Kopf war in beiden Fällen nicht so heftig, daß dadurch das Kind auch nur den leisesten Schaden genommen hätte. Es waren auch nirgends außen oder innen am Schädel irgendwelche nennenswerte Zeichen einer Schädelverletzung vorhanden. Auch Blutungen im Gehirn und Verletzung anderer Organe, wie Leberzerreißungen etc. konnten nicht festgestellt werden. Ich muß mich daher in gewissem Sinne zunächst dem Zweitgutachter im Falle Blumm anschließen, der die Frage, ob der Tod durch äußere oder innere Ursachen herbeigeführt wurde, offen läßt, und dem dritten Gutachter entschieden widersprechen, wenn er behauptet, daß eine überstürzte Geburt von kaum 5 Minuten Dauer infolge starker Kompression und sofortiger Ablösung der Nachgeburt eine schwere Geburtsschädigung darstellt. Die Leichtigkeit der Sturzgeburt ist doch sicher nicht durch den starken Druck der Gebärmutter, sondern durch die für das Durchtreten des Kindes äußerst günstigen Geburtswege der Mutter bedingt; denn sonst könnte man ja zu dem Schluß kommen, daß die Geburt für die Kinder am günstigten sei, je länger sie dauert.

Nun kommt bei meinem Fall noch etwas hinzu, was für die Todesursache von Bedeutung ist. In der freien Bauchhöhle fand sich eine sehr reichliche Menge klarer seröser Flüssigkeit. Daß diese Flüssigkeit auf die Bewegungen des Zwerchfells einen stark behindernden Einfluß ausgeübt hat, ist ohne weiteres einleuchtend, besonders wenn man berücksichtigt, daß der Leib des Kindes vor der Sektion ziemlich stark vorgewölbt war, was in dem Sektionsprotokoll nicht besonders angegeben ist, dadurch erklärt sich auch der relativ geringe Luftgehalt der Lungen, die Unmöglichkeit für das Kind, tiefe Atemzüge zu machen, und mit größter Wahrscheinlichkeit der rasche Uebergang einer Asphyxie in den Tod oder, selbst wenn wir keine Asphyxie annehmen, die Unmöglichkeit für das Kind, die für das Leben notwendige Luft zu schöpfen, und der Tod durch Erstickung. Unklar ist nur, woher der Ascites kommt, denn die sämtlichen Organe haben makroskopisch keine krankhaften Veränderungen gezeigt. Da komme ich auf den von Blumm im Eingang seiner Arbeit ausgesprochenen Satz zurück: „finden sich die Lungen stark lufthaltig und ist makroskopisch kein ungehöriger Inhalt in den Luftwegen sichtbar, so ist demnach die mikroskopische Unter-

suchung (der Lungen) unnötig, die gerichtsärztliche Diagnose muß aus anderen Umständen hergeleitet werden." Ich habe leider, veranlaßt durch das für die gerichtsärztliche Beurteilung des Falles zunächst wesentliche Ergebnis, daß eine Kindstötung ausgeschlossen ist, eine mikroskopische Untersuchung der einzelnen Organe nicht angeordnet, und bedauere nun dies, nachdem ich mich inzwischen in der Literatur über diese Frage etwas umgesehen habe, um so mehr. Ich kann jetzt nur mit aller Entschiedenheit die Forderung aufstellen, daß in allen denjenigen Fällen, in denen bei Neugeborenen eine Ursache für einen raschen Tod während oder unmittelbar nach der Geburt makroskopisch nicht festgestellt werden kann, nicht nur eine mikroskopische Untersuchung der Lungen, sondern auch der übrigen Organe wie Herz, Leber, Nieren und der Nachgeburt vorgenommen werden soll.

In der mir zur Verfügung stehenden Literatur sind außerordentlich wenig kasuistische oder sonstige Mitteilungen oder Aufsätze über die in Rede stehende Frage zu finden. Einen bedeutungsvollen Beitrag hat im Jahre 1903 Hofmeier[1]) geliefert in einem Vortrag über „Die Todesursachen bei Neugeborenen während oder gleich nach der Geburt mit Rücksicht auf ihre forensische Bedeutung", in dem er über 3 Fälle von unerwartetem und zunächst unerklärtem Tod bei scheinbar ganz gesunden, kräftig entwickelten Kindern berichtet. Diese 3 Fälle sind nach Hofmeier besonders deswegen von forensischem Interesse, weil es sich um Geburten handelt, die von Anfang an unter sachverständiger ärztlicher Hilfe verlaufen sind. In allen 3 Fällen war demnach jede tödliche Gewalteinwirkung ausgeschlossen; gleichwohl ergab die makroskopische Untersuchung der Organe bei der Sektion keine nachweisbaren krankhaften Veränderungen an denselben, die den plötzlichen Tod hätten erklären können. Dagegen wurde bei der mikroskopischen Untersuchung des Herzens fettige Degeneration der Herzmuskulatur, in den Lungen zum Teil interistitielle, das Zwischengewebe zwischen den Alveolen ausfüllende und verbreiternde Wucherungen des Bindegewebes, das Epithel zum Teil desquamiert gefunden. Außerdem zeigten die Leberzellen zum Teil trübe Schwellung, teilweise Bindegewebsentwicklung. Im zweiten Fall konnten in der Plazenta endarteriitische und periarteriitische Gefäßveränderungen nachgewiesen werden, die von weitgehendem Einfluß auf die Entwicklung und das Leben des Kindes sein müssen. Tritt nun bei derartigen Erkrankungen mit ihren unfehlbaren Störungen der fötalen Respiration die Geburt ein, die gleichfalls den Gasaustausch zwischen Mutter und Kind ungünstig beeinflußt, so ist leicht einzusehen, daß ein kurz vor der Geburt noch lebendes Kind rasch absterben kann. Im dritten Fall fand sich außer fettiger Degeneration des Herzmuskels nur bedeutende Hypertrophie

[1]) Münch. med. Wochenschr.; 1903, S. 85.

der Decidua in der Plazenta mit starker Gefäßfüllung, also auch hier nicht einmal bei der mikroskopischen Untersuchung Veränderungen, die eine Todesursache abgeben konnten.

Was ich sonst an Arbeiten über die Frage des plötzlichen Todes besonders bei Sturzgeburten in der Literatur gefunden habe, gibt keine Lösung der in Rede stehenden Frage, sondern bietet lediglich statistisches Material über den Tod nach Sturzgeburten, wie die Beiträge zur Lehre von der Sturzgeburt von Strassmann[1]).

Auch der viel versprechende Titel der Inaugural-Dissertation von Arusiak Engibarian (Berlin 1913) „Todesursachen totgeborener oder kurz nach der Geburt gestorbener Kinder“ löste eine schwere Enttäuschung bei der Durchsicht der stark juvenil-femininen Arbeit aus. Nur Nippe[2]) weist in den Ergebnissen mikroskopischer Untersuchungen an Lungen Neugeborener für die Feststellung des Gelebthabens auf die Fehlerquellen der makroskopischen Methoden zur Feststellung des Gelebthabens hin und empfiehlt in jedem zweifelhaften Fall unter den bisherigen Methoden auch noch die mikroskopische Untersuchung der Lungen in möglichst zahlreichen Schnitten.

Auch ich stehe, wie schon oben ausgeführt, ganz auf diesem Standpunkt und wäre deshalb den Herren Kollegen von der gerichtlichen Medizin, von der pathologischen Anatomie oder der Geburtshilfe sehr dankbar, wenn sie mir über die Frage des raschen Todes nach Geburten überhaupt, besonders bei Sturzgeburten, bei sonst völlig negativem Befund eine plausible Aufklärung bringen könnten.

Die Auswahl der Hebammenschülerinnen durch den Kreisarzt.

Von Prof. Dr. **Martin**, Direktor der Rhein. Prov.-Hebammenlehranstalt in Elberfeld.

Das neue Hebammenlehrbuch ist erschienen. Aus der Auflage 1920 ist ein Buch geworden, das im Rahmen der früheren Auflagen einen wesentlich vermehrten und erweiterten Inhalt erhalten hat. Die Berufsaufgaben wie die Anforderungen an Können und Wissen mußten erheblich erweitert und vertieft werden, um den Fortschritten der Wissenschaft wie den heutigen Ansprüchen an den Hebammenberuf gerecht zu werden; dazu gehören besonders die verschiedenen Aufgaben der Fürsorge.

Bei der eingehenden Durcharbeitung des neuen Buches drängen sich ohne weiteres 2 Fragen auf:

1. Werden die alten und jungen Hebammen Sinn und Geist des Buches noch nachträglich erfassen können;

---

[1]) Vierteljahrschrift f. gerichtl. Medizin; Bd. I, XLII Bd., 2. H., S. 219, 1911.
[2]) Aerzl. Sachverst.-Zeitung; 1913, Nr. 9.

2. welcher Maßstab ist bei der Auswahl des Nachwuchses an die geistigen Fähigkeiten anzulegen, wenn er den gesteigerten Anforderungen gerecht werden will.

Bei der Beantwortung der ersten Frage werden wir uns wohl damit abfinden müssen, daß wahrscheinlich ein erheblicher Teil der jüngeren Hebammen durch geeignete praktische und theoretische Unterweisungen entsprechend gefördert werden kann. Die anderen müssen so verbraucht werden, wie sie sind.

Die vorliegenden Zeilen sollen sich aber vor allen Dingen mit der zweiten Frage beschäftigen: Wie ist die Auswahl der Schülerinnen in Zukunft zu treffen? Es unterliegt mir keinem Zweifel, daß der geistige Durchschnitt der Schülerinnen erheblich höher sein muß als bisher, wenn wir Hebammen haben wollen, welche die an sie gestellten Ansprüche erfüllen können. Die Hebamme soll in Zukunft nicht nur eine Geburtshelferin mit recht weitgehenden wissenschaftlichen Kenntnissen sein, sie muß auch noch hervorragende menschliche Eigenschaften besitzen, um Mitarbeiterin in der Fürsorge für Schwangere, Wöchnerinnen und Säuglinge zu sein und um ferner noch Verständnis für die Grenzgebiete zu haben.

Die bisherige Vorschrift[1]) für die Prüfung der Hebammenschülerinnen durch den Kreisarzt, ohne deren Bestehen keine Anwärterin sich zum Kurse melden kann, lautet:

„Die vom Kreisarzt vorzunehmende Prüfung hat sich auf die körperliche und geistige Befähigung zur Ausübung des Hebammenberufes und auf das Vorhandensein der erforderlichen Schulbildung zu erstrecken. In letzterer Hinsicht gilt als Mindestmaß, daß die Anwärterinnen fließend und mit Verständnis lesen, ein Diktat ohne grobe Verstöße gegen die Rechtschreibung fertigen, die vier Rechenarten auch mit Brüchen und mehrstelligen Zahlen beherrschen, mit gesetzlichen Maßen und Gewichten vertraut und über das Prozentverhältnis ausreichend unterrichtet sind, (vergl. Erl. vom 15. Nov. 1904; Min. Bl. f. Med. Ang. S. 412). Bei günstigem Ausfalle ist ein Fähigkeitszeugnis nach Formular 6 auszustellen."

Die Anwärterin muß also im wesentlichen so lesen und schreiben können, daß ein anderer Worte und Schriftzeichen verstehen und wiedererkennen kann. Ueber die Bedeutung des Rechnens mit Brüchen usw. für eine Hebamme kann man verschiedener Ansicht sein. Ich persönlich glaube, daß die ärztlichen Leistungen vieler ausgezeichneter Geburtshelfer im direkt umgekehrten Verhältnis zu ihren mathematischen stehen. Gewiß hat auch die Mehrzahl der jetzt praktizierenden Hebammen bei der mehr oder weniger weit zurückliegenden kreisärztlichen Prüfung nur in bescheidenem Umfange mit Brüchen und mehrstelligen Zahlen rechnen können.

Man wird einwenden, daß ja noch eine Aufnahmeprüfung bei Beginn des Kurses vorgesehen ist. Ich bezweifle, daß es eine Methode gibt, nach der man im Verlaufe von einer oder zwei Stunden in der Lage ist, sich über die geistige und sittliche Befähigung von 20 bis 30 mehr oder weniger angst-

---

[1]) Dienstanweisung für die Kreisärzte. Berlin 1919, Seite 31, Abschnitt XV, Hebammenwesen.

erfüllten Menschen ein zutreffendes Urteil zu verschaffen. Es ist eine häufig wiederkehrende Erfahrung, daß Personen, die man zuerst für absolut beschränkt hält, sich später als außerordentlich aufnahmefähige Schüler erweisen. M. E. ist das Hauptgewicht auf die kreisärztliche Prüfung zu legen, während der es möglich ist, sich in beliebig langer Zeit mit einer zu Prüfenden zu beschäftigen, sie evtl. noch einmal zu bestellen.

An dieser Auffassung wird das zu erwartende Hebammengesetz[1]) nichts ändern, auch wenn die „Hebammenstelle" des Kreises eingeführt ist, zu deren Aufgabe es auch gehört, bei der Auswahl neu auszubildender Hebammen mitzuwirken. Die Zusammenarbeit der Mitglieder der „Hebammenstelle" mag in der Lage sein, die Auswahl der Bewerberinnen bezüglich ihrer körperlichen und menschlichen Eignung in manchen Fällen günstiger zu treffen als bisher. Ob aber die geistige Befähigung ausreicht, kann nur der beurteilen, der die beruflichen Anforderungen voll und ganz übersieht. Zu den letzteren gehören unter den Mitgliedern der „Hebammenstelle" weder der Vertreter des Kreisausschusses, des Gemeindevorstandes noch der Mütter aus dem Volke. Sofern keine weiteren Ausführungsbestimmungen das Gesetz begleiten, muß sich der Kreisarzt zum wenigsten durch das Ansehen seiner Person die ausschlaggebende Stimme über die Auswahl der Bewerberinnen vorbehalten. Erst wenn die kreisärztliche Prüfung mit hinreichendem Erfolg bestanden ist, darf sich das Kollegium der „Hebammenstelle" über die anderweite Eignung schlüssig werden.

Wie auch immer das zukünftige Gesetz mit der „Hebammenstelle" die praktische Probe bestehen mag, das neue Lehrbuch liegt vor, wir haben uns bei der Auswahl der Schülerinnen danach zu richten. Den erheblich gesteigerten Anforderungen des Lehrbuches muß auch das Ziel der kreisärztlichen Prüfung entsprechen. Daß die bisherige Anweisung für diese Prüfung nicht mehr genügt, unterliegt kaum einem Zweifel. Aus Personen, die leidlich lesen, schreiben und rechnen können und auch im übrigen den bisherigen Anforderungen genügen, ist noch keineswegs die im Lehrbuch gewünschte Hebamme zu bilden, selbst wenn der Kurs, wie beabsichtigt ist, auf 1 Jahr verlängert wird. Ich kann mir recht gut vorstellen, daß Frauen, die mit Wort und Feder wenig bewandert sind, eine derartige geistige Aufnahmefähigkeit besitzen, daß sie ohne weiteres in Sinn und Geist der Berufsaufgaben eingeführt werden können. Es gibt aber gewiß auch Menschen, welche die in der bisherigen Anweisung vorgeschriebenen Kenntnisse in leidlichem Umfange besitzen, bei denen aber jede Unterrichtskunst für die Weiterbildung versagt. Es lehrt ja auch jetzt schon die Erfahrung, daß oft Schülerinnen aus den einfachsten Kreisen mit nur geringer Schul- und Vorbildung ungleich bessere Hebammen werden, als andere aus den sog. gebildeten Volksschichten.

---

[1]) An dieser Einrichtung wird man wohl festhalten.

Wollen wir den Stand durch das vermehrte Können und Wissen heben, so geschieht es nicht dadurch, daß man die Auswahl der Bewerberinnen zu den Kursen nach der Herkunft beurteilt, sondern daß man die Ansprüche lediglich bezüglich der geistigen Aufnahmefähigkeit steigert.

Mein Vorschlag geht dahin, die Vorschriften für die Prüfung durch den Kreisarzt dahin umzugestalten, daß nur vorgeschrieben wird: „Durch die Prüfung soll festgestellt werden, ob die Bewerberin geistig genügend aufnahmefähig ist, um in sich aufzunehmen, was das Lehrbuch fordert.“ Man sollte es den einzelnen Kreisärzten überlassen, auf welchem Wege sie zu diesem Resultat gelangen, wie doch auch jetzt schon die Erfahrung die verschiedenartigsten Wege einschlagen läßt. Ich kann mir gut vorstellen, daß man z. B. durch eine längere Unterhaltung über alle möglichen Gebiete des täglichen Lebens sich ein recht genaues Urteil darüber verschaffen kann, ob jemand hochgestellten geistigen Anforderungen genügen kann, selbst wenn es mit dem Lesen und Schreiben nicht weit her ist. Aus der Art und Weise z. B., um ein anderes Beispiel anzuführen, wie ein Lebenslauf geschrieben wird, der nur eine bestimmte Anzahl von geforderten Ereignissen enthalten darf, läßt sich auch mancherlei schließen. Manch anderer Weg wird noch zu dem erstrebten Ziele führen.

Es muß naturgemäß dem Hebammenlehrer das Recht weiter vorbehalten bleiben, daß Schülerinnen, die sich bei der Aufnahmeprüfung oder im weiteren Verlauf des Lehrganges als ungeeignet erweisen, ausgeschlossen werden können.

Man muß sich aber bis zu einem gewissen Grade darauf verlassen können, daß der Kreisarzt in seiner Prüfung auf diese oder jene Weise festgestellt hat, daß die Bewerberin geistig genügend aufnahmefähig ist, um den Inhalt des Lehrbuches nach Wort und Sinn in sich aufzunehmen. In der Beurteilung der körperlichen und allgemein menschlichen Eigenschaften, deren Wert für die Hebamme ich in keiner Weise unterschätze, mögen die Mitglieder der zukünftigen „Hebammenstelle“ dem Kreisarzt zur Seite stehen, dagegen soll im voraus nichts eingewandt werden. Der Durchschnittswert der Schülerinnen, die den Anstalten zugewiesen werden, muß aber erheblich höher sein, als bisher, wenn wir das uns im vorliegenden Lehrbuch gestellte Ziel erreichen wollen und vor allen Dingen können.

Kohlenoxydvergiftung und Schornsteine.

Von Geh. Med.-Rat Dr. Friedrich, Kreisarzt a. D. in Landsberg a. d. Warthe.

In Nr. 8, Jahrg. 1920 d. Ztsch. hat Herr Kollege Dr. Meyer in Hannov.-Münden über Kohlenoxydvergiftung durch falsche Schornsteinführung berichtet. Vor etwa 35 Jahren habe ich zwei schwere Vergiftungen, davon eine tödliche, aus gleicher Ursache beobachtet. Sie betrafen zwei junge Leute, die in

einem Erdgeschoßzimmer schliefen, das nie geheizt wurde. Das Gas hatte sich in einem 2 Treppen höher gelegenen Ofen gebildet, war durch nächtlichen Sturm hinuntergedrückt und durch den Ofen des Zimmers, in dem jene schliefen, dorthin gelangt.

Auch in meinem eigenen Hause habe ich zweimal ein solches Herunterdrücken von Rauch erlebt:

Vor etwa 25 Jahren wurde ich eines Abends von Vorübergehenden darauf aufmerksam gemacht, daß es in meinem Hause brenne; es ströme starker Rauch aus einem Rohr, das hart über dem Bürgersteig auf die Straße mündete. Es ergab sich, daß der Rauch aus einem anderthalb Stockwerk höher stehenden Badeofen stammte. Wir hatten noch nicht die städtische Kanalisation, mußten Klausenabwässer in eine besondere Grube abführen, durften aber Badewannenabwässer in die offenen Rinnsteine leiten. In das betreffende Rauchrohr war nun das Lüftungsrohr des Wasserabflußrohres der Badewanne geführt, der Rauch hatte durch dieses seinen Weg nach unten in das Abflußrohr genommen und war so $1^1/_2$ Stockwerk tiefer auf die Straße gelangt.

Im Dezember 1918 entstand eines Abends große Aufregung in meinem Hause, weil plötzlich Treppenhaus und Flur von Rauch angefüllt waren. Das ganze Haus wurde sofort vom Hausboden aus, wo zuerst ein Brand vermutet wurde, abgesucht. Es ergab sich schließlich, daß der Rauch dem Feuerungsloch eines ungeheizten Kessels der Waschküche im Keller entströmte. Weitere Untersuchung ergab, daß der Rauch einem Ofen im Obergeschoß entstammte. Bei der erst vor einigen Jahren angelegten zweiten Kesselfeuerung in der Waschküche hatte der Töpfer zufällig diese in dasselbe Rohr geleitet, das für jenen Ofen im Obergeschoß bestimmt war.

Die Ursache, daß der Rauch 2 Stockwerke tiefer gedrückt wurde, konnte in beiden Fällen nur in eigenartigen Einflüssen der Außenluft liegen. Bekanntlich kommt solches öfter vor, wenn Feuerungen nach längerer Ruhe wieder in Gebrauch genommen werden. Wohin aber Rauch gelangt, dahin gelangt auch das geruchlose Kohlenoxyd.

In der Bauordnung sollte deshalb vorgeschrieben werden, daß jede Feuerstelle ihr besonderes Rauchrohr haben muß. Bei Neubauten müssen daher sehr reichlich Rauchrohre für etwaige Gebäudeerhöhung und Anlage neuer Feuerstellen vorgesehen werden. Beim Bau meines eigenen Hauses habe ich für alle Fälle der Entlüftung und Rauchabführung 36 Rohre angelegt, leider an zwei Stellen noch zu wenig.

Ich bemerke, daß ich auf Grund der beiden ersten Beobachtungen während meiner 31 jährigen amtlichen Tätigkeit als Kreisarzt wohl zwanzig mal teils in meinen Jahresberichten, teils bei Begutachtung von Schul- und Krankenhausplänen die vorstehende Forderung erhoben habe, aber leider ohne jeglichen Erfolg. Der Hygieniker hat der Bauverwaltung gegenüber zu wenig Einfluß gehabt.

Sitzung der Vorstände des Deutschen und des Preußischen Medizinalbeamtenvereins in Cassel, Hotel Schirmer, am Sonntag, den 30. Januar 1921.

Anwesend: 1. Geh. Med.-Rat Dr. Wodtke-Jena, Vorsitzender, 2. Oberregierungsrat Dr. Frickhinger-München, stellv. Vors. des D. M.-B.-V., 3. Geh. Med.-Rat Prof. Dr. Strassmann-Berlin, stellv. Vors. des Pr. M.-B.-V., 4. Physikus Prof. Dr. Sieveking-Hamburg, Schriftführer des D. M.-B.-V., 5. Med.-Rat Bundt-Halle a. S., Schriftführer des Pr. M.-B.-V., 6. Geh. Med.-Rat Prof. Dr. Gumprecht-Weimar, 7. Geh. Med.-Rat Prof. Dr. Rapmund-Bad Lippspringe, 8. Geheimer Med.-Rat Prof. Dr. Schulze-Göttingen, 9. Med.-Rat Zoeppritz-Stuttgart als Gast für Geh. Med.-Rat Dr. Koestlin.

Entschuldigt: Ob.-Med.-Rat Dr. Petzold-Pirna.

Der Vorsitzende begrüßt die Versammlung und stellt fest, daß alle Vorstandsmitglieder rechtzeitig geladen sind.

Da überwiegend beiden Vereinen gemeinsame Fragen zur Verhandlung stehen, wird auf Vorschlag des Vorsitzenden zunächst eine **gemeinsame Tagung beider Vereinsvorstände** beschlossen.

I. Den ersten Gegenstand der Beratung bildet das **Verhältnis der Vereine zur Zeitschrift für Medizinalbeamte.**

Der Vorsitzende berichtet, daß der zwischen dem Pr. M.-B.-V. und dem Verleger der Zeitschrift, Fischers Med. Buchhandlung H. Kornfeld in Berlin, am 30. Juni 1910 abgeschlossene Vertrag mit dem 1. Januar 1921 abgelaufen ist, aber weiter läuft, da eine Kündigung von keiner Seite erfolgt ist, und zwar zunächst für ein Jahr. Nach längeren Verhandlungen hat die Verlagsbuchhandlung sich bereit erklärt, dem Verein die Hälfte des Eigentumsrechts (bisher nur ein Viertel) einzuräumen und ihn an dem Reingewinn ohne Rücksicht auf dessen Höhe mit 25 v. H. zu beteiligen. Die Verlagsbuchhandlung beansprucht jedoch wegen der ungeheuren Steigerung der Papierpreise und der Druckkosten für das Jahr 1921 die Zahlung von 25 Mark für jedes an die Vereinsmitglieder gelieferte Stück der Zeitschrift sowie, daß diese den Umfang von 40 Bogen einschließlich des Inhaltsverzeichnisses nicht überschreitet.

Nach längerer Beratung erklären sich die Anwesenden einstimmig damit einverstanden, daß ein entsprechender Zusatzvertrag zu dem bisherigen Vertrage abgeschlossen, in diesen aber die Bestimmung aufgenommen wird, daß der Deutsche M.-B.-V. statt des Preußischen M.-B.-V. als Vertragschließender eintreten kann, sobald seine Eintragung in das Vereinsregister erfolgt ist. Die Eintragung soll in der nächsten Hauptversammlung beantragt werden und gleichzeitig eine Aenderung der Satzungen dahingehend, daß die Vertretung des Deutschen M.-B.-V. in allen Rechtsgeschäften entweder durch den Vorsitzenden allein oder gemeinsam mit dem Schriftführer wahrgenommen werden kann.

Im Anschluß hieran wird noch festgelegt, daß die Geschäftsstelle der Zeitschrift, J. C. C. Bruns-Minden, und der Kassenführer der Vereine sich gegenseitig über Anmeldungen, Austritte, Todesfälle usw. von Mitgliedern auf dem Laufenden erhalten müssen.

Soweit die Landesvereine nicht wie der Preußische und der Bayrische Medizinalbeamtenverein mit ihren sämtlichen Mitgliedern dem Deutschen M.-B.-V beigetreten sind, sollen sie ersucht werden, ihre Organisation entsprechend auszubauen.

Geh. Rat Dr. Rapmund beklagt sich bei dieser Gelegenheit wiederum über das geringe Interesse, daß die Vereinsmitglieder der Zeitschrift entgegenbringen. Nachrichten über wichtigere, die Leser der Zeitschrift interessierende Vorkommnisse, über Ernennungen, Versetzungen, Auszeichnungen, Todesfälle usw. muß er sich mühsam aus anderen Zeitschriften zusammensuchen; seine Bitte, ihm auch Familiennachrichten mitzuteilen, sei sehr bald wieder völlig in Vergessenheit geraten. Er bittet deshalb, dieses im Protokoll ausdrücklich zu vermerken, damit seine Beschwerde durch Veröffentlichung in der Zeitschrift den Mitgliedern bekannt werde und eine Besserung einträte. Die Vorstandsmitglieder erklären sich damit einverstanden.

II. Der Schriftführer des Deutschen Med.-Beamtenvereins legt die **Abrechnung 1920** vor, die noch nicht abgeschlossen werden konnte, weil der Preuß. M.-B.-V. seinen Jahresbeitrag bisher nicht abgeführt hat. Die Rechnung wird voraussichtlich mit einem kleinen Ueberschuß abschließen.

Die Zahl der Vereinsmitglieder beträgt zur Zeit 1393, darunter 765 Preußen, 332 Bayern und 296 aus anderen deutschen Ländern gegen 1370 (760 bezw. 326 und 284) am 1. Januar 1920. Gestorben sind im Vorjahre 32, ausgetreten 58 Mitglieder, neueingetreten dagegen 113.

Der Schriftführer ist der Ansicht, daß eine weitere Erhöhung des bisherigen Beitrages (30 M.) in der nächsten Hauptversammlung vorgeschlagen werden muß, da die Geschäftsunkosten des Vereins immer größer werden und zu ihrer Deckung der nach Abzug des Bezugspreises für die Zeitschrift verbleibende Betrag von 5 M. nicht genügt, eine Ansicht, die von allen Vorstandsmitgliedern geteilt wird. Es wird deshalb eine Erhöhung des Beitrages um 10 M. also auf 40 M. in Aussicht genommen. Für den Preuß. M.-B.-V. wurde von dessen Schriftführer eine Erhöhung von 35 M. auf 50 M. für notwendig erachtet.

III. Die Stellung der Medizinalbeamten, ihre Besoldung, und Amtsbezeichnung ist in den Einzelstaaten verschieden weit gefördert. Es ergibt sich das nicht nur aus den vorliegenden Berichten, sondern auch aus zahlreichen bei dem Vorstande eingegangenen Beschwerden. Der darüber von beiden Schriftführern erstattete Bericht wird von allen anwesenden Vorstandsmitgliedern noch ergänzt. Geh. Med.-Rat Dr. Rapmund tut dies auf Grund des Ergebnisses einer von ihm veranstalteten Umfrage. Es entspinnt sich über alle hier in Betracht kommenden Fragen eine eingehende Erörterung, die zu folgenden einstimmig angenommenen „Beschlüssen“ führt:

a) Alle Kreisärzte (Bezirks- und Amtsärzte usw.) sollen vollbesoldet werden, ebenso alle besonderen Gerichtsärzte.

b) Alle nicht vollbesoldeten Kreis- und Gerichtsärzte, soweit solche noch vorhanden sind, sollen wenigstens 75 v. H. der Besoldung der vollbesoldeten Kreisärzte erhalten und diesen in ihrem Ruhegehalt gleichgestellt werden.

c) Alle vollbesoldeten Kreisärzte und besonderen Gerichtsärzte sind in Klasse XI der Besoldungsordnung mit Aufrückungsmöglichkeit in Klasse XII, die Reg.- und Med.-Räte in Klasse XII entsprechend den Oberregierungsräten mit Aufrückungsmöglichkeit in Klasse XIII einzuordnen.

d) Die Gebühren und Reisekosten sind den jetzigen Verhältnissen entsprechend zu erhöhen, soweit das noch nicht geschehen ist. Die gerichtsärztlichen Gebühren verbleiben den betreffenden Beamten und brauchen nicht an die Staatskasse abgeführt zu werden.

e) Den Kreisärzten ist auf Staatskosten ein vollständiges Büro zu unterhalten oder es ist ihnen eine so hohe Dienstaufwandentschädigung zu gewähren, daß daraus alle Bürokosten gedeckt werden können.

f) Als Amtsbezeichnung ist für die Kreis- und Gerichtsärzte die Amtsbezeichnung „Regierungs- und Medizinalrat“, für die bisherigen Regierungs- und Medizinalräte die Amtsbezeichnung „Oberregierungs- und Obermedizinalrat“ zu fordern.

Diese grundsätzlichen Forderungen sollen in einer Eingabe dem Reichsminister des Innern vorgelegt und allen Landesvereinen mit dem Ersuchen mitgeteilt werden, entsprechende, ihren Verhältnissen angepaßte Eingaben an ihre Ministerien oder Landtage zu richten. Da wo noch keine Landesvereine bestehen, sollen die Beschlüsse maßgebenden Medizinalbeamten in Abschrift zugestellt werden, damit diese davon in einer ihnen geeignet erscheinenden Form Gebrauch machen und sie als Werbemittel zur Gründung eines Landesvereins benutzen können.

Bei den Versorgungsämtern sind etwa 700 Aerzte, meistens frühere Sanitätsoffiziere und vielfach jüngere Aerzte als „Regierungsmedizinalräte“ und die Leiter der größeren oder Hauptversorgungsämter als „Oberregierungs-Medizinalräte“ angestellt worden. In Preußen sowie in einigen anderen deutschen Ländern ist dadurch die Amtsbezeichnung der Regierungs- und Medizinalräte, die sich in gehobenen Stellungen befinden, und nur in geringer Anzahl vorhanden sind, zweifellos entwertet worden. Da die

Aerzte der Versorgungsämter durch Erlaß des Reichsarbeitsministers auch ermächtigt worden sind, Personen vor ihrem Eintritt in den Dienst beim Reichsschatzamt auf ihre Brauchbarkeit zu untersuchen, so werden sie Mitbewerber in der vertrauensärztlichen Tätigkeit der Medizinalbeamten, während andererseits von diesen Klage darüber geführt wird, daß sie mit solchen gebührenfreien Untersuchungen belastet würden, die von den Aerzten der Versorgungsämter unentgeltlich zu leisten wären, aber von diesen aus Zeitmangel abgelehnt würden. Die Ernennung der neuen Regierungsmedizinalräte ist ohne jede Beteiligung oder Rückfrage bei den Landesregierungen erfolgt. Bayern hat gegenüber dem Vorgehen des Reichs den bisherigen Regierungs- und Medizinalräten die Amtsbezeichnung „Ober-Regierungsrat" und den Bezirksärzten, soweit sie zu Medizinalräten ernannt worden waren, die Amtsbezeichnung „Obermedizinalrat" gegeben. Nach längerer Erörterung wird beschlossen, an den Reichsarbeitsminister eine Eingabe zu richten, in der die Amtsbezeichnung der Aerzte bei den Versorgungsämtern als unzutreffend beanstandet wird, weil diese mit der Regierung nichts zu tun hätten. Außerdem bedeute sie eine Entwertung der Amtsbezeichnung der Regierungs- und Medizinalräte bei den Regierungen und gäbe zu unangenehmen Verwechslungen Anlaß. Abschrift der Eingabe soll dem Reichsminister des Innern und allen Landesregierungen überreicht werden.

IV. Für die **Hauptversammlung,** die gemeinsam mit dem Preußischen und dem Bayrischen Medizinalbeamtenverein stattfinden soll, wird Nürnberg als Ort bestimmt und als Zeit der 10. und 11. September unmittelbar vor der Tagung des Deutschen Vereins für öffentliche Gesundheitspflege. Für die Tagesordnung werden u. a. in Aussicht genommen:

1. Die Entwicklung des öffentlichen Gesundheitswesens, insbesondere die Stellung und Tätigkeit der Medizinalbeamten nach dem Kriege.
2. Die einheitliche Regelung der Seuchengesetzgebung im Deutschen Reich.
3. Der neue Entwurf zum Strafgesetzbuch.
4. Die einheitliche Gestaltung der Prüfungsordnungen für Kreisärzte und Gerichtsärzte im Deutschen Reich.

V. Es wird zur Sprache gebracht, daß der Deutsche M.-B.-V. im Reichsgesundheitsrat nicht vertreten ist, obgleich gerade über die praktische Auswirkung der Beschlüsse des Reichsgesundheitsrats die Vertretung der Medizinalbeamten zweckmäßig zu hören wäre. Es wird deshalb beschlossen, eine Eingabe an das Reichsministerium des Innern zu richten, daß es bei der beabsichtigten Umbildung des Reichsgesundheitsrats für den Deutschen M.-B.-V. von Wert sei, für Nord- und Süddeutschland je einen Vertreter des Vereins im Reichsgesundheitsrat zu erhalten.

VI. Ergänzung des Vorstandes: Aus dem Vorstande des Deutschen Medizinalbeamtenvereins sind ausgeschieden die Herren: Dr. Becker, Dr. Engelbrecht, Dr. Hecker und Dr. Scheube.

Es wird beschlossen, die Landesvereine um Benennung geeigneter Vorstandsmitglieder zu ersuchen. Außerdem soll in den Satzungen eine Stellvertretung der Vorstandsmitglieder im Falle von Behinderungen vorgesehen werden. Es wird ferner als wünschenswert bezeichnet, daß die Landesvereine die Kosten der Reisen zur Teilnahme an Vorstandssitzungen für die ihnen angehörigen Vorstandsmitglieder tragen.

VII. Auf Bericht des Vorsitzenden wird beschlossen, aus dem Deutschen Ausschuß für mathematischen und naturwissenschaftlichen Unterricht auszutreten, da die Bestrebungen des Vereins denen des Deutschen M.-B.-V. zu fern liegen.

Damit waren die beiden Medizinalbeamtenvereinen betreffenden gemeinsamen Angelegenheiten erledigt. Es schließt sich daran noch eine **Sitzung des Vorstandes des Preußischen Medizinalbeamtenvereins.**

I. Der Schriftführer berichtet zunächst über die verschiedenen an das Ministerium für Volkswohlfahrt und den Landtag gerichteten Eingaben, betreffend die Stellung und Besoldung der Medizinalbeamten, die

zeitgemäße Erhöhung der Dienstaufwandsentschädigung, die Gebühren und Reisekosten, die standeswürdige Amtsbezeichnung und anderweite Regelung des Ruhegehalts sowie über die in dieser Hinsicht bisher erzielten Erfolge. Es wird beschlossen, wegen der noch ausstehenden Forderungen entsprechend den unter Nr. III gefaßten Beschlüssen neue Eingaben an das Ministerium und den Landtag zu richten.

II. Verhältnis des Vereins zum Bund höherer Beamten und zum Berufsverein höherer Verwaltungsbeamten.

Der Schriftführer teilt mit, daß der Medizinalbeamtenverein dem Bund höherer Beamten in corpore beigetreten ist und sich dadurch ein Einzelbeitritt seiner Mitglieder erübrigt. Dieser Beitritt hat sich als durchaus vorteilhaft erwiesen, da der Bund höherer Beamten alle unsere Forderungen namentlich in bezug auf die Besoldungs- und Ruhegehaltsfrage tatkräftig unterstützt hat. Er berichtet dann weiter über die Bemühungen des Berufsvereins höherer Verwaltungsbeamten, auch unter den Medizinalbeamten Mitglieder zu gewinnen, und über ein von diesem Verein an den Minister für Volkswohlfahrt gerichtetes Schreiben, in dem er sich als Vertreter einer großen Zahl Kreisärzte bezeichnet. Der Schriftführer teilt den Wortlaut dieses dem Vorstand von dem Minister zur Aeußerung zugeschickten Schreibens sowie die darauf gegebene Antwort mit (s. Nr. 4 dieser Zeitschrift S. 62 u. 63). Es entspinnt sich eine sehr lebhafte Erörterung über das Vorgehen des Berufsvereins höherer Verwaltungsbeamter, das von allen Vorstandsmitgliedern verurteilt wird. Schließlich wird beschlossen, die Vereinsmitglieder vor der unnötigen doppelten Beitragszahlung zu warnen.

III. Geh. Med.-Rat Dr. Strassmann berichtet ferner über die **Bestrebungen des Ausschusses für Verwaltungsreform**, der sich zu dem Zweck gebildet hat, um das bisherige Monopol der Juristen in der Verwaltung zu brechen. Als Vertreter zu den Sitzungen dieses Ausschusses hat der Vorstand außer dem Berichterstatter die Herren Ministerialdirektor Dr. Kirchner und Med.-Rat Dr. Kasten entsandt. In der letzten Sitzung ist von dem Ausschuß über das Aufrücken mittlerer Beamten in höhere Verwaltungsstellen und über die Verminderung der Beamtenzahl beraten. Vorschläge für eine allgemeine Verwaltungsreform, vor allem für eine Neuordnung der Instanzen für die Anwärter höherer Verwaltungsbeamter sind in Vorbereitung. Es soll hierbei namentlich dafür eingetreten werden, daß die technischen Beamten mehr als bisher Berücksichtigung finden.

IV. Weiterhin werden die berechtigten **Bestrebungen der Gefängnisärzte auf Erhöhung ihrer Entschädigung** besprochen, die insofern auch für die Medizinalbeamten Interesse haben, als zahlreiche Kreisärzte als Gefängnisärzte tätig sind. Inzwischen ist eine solche Erhöhung erfolgt; es wird abzuwarten sein, ob diese als ausreichend angesehen werden kann.

V. Ergänzung des Vorstandes. Der Vorsitzende teilt mit, daß das bisherige Vorstandsmitglied Geh. Med.-Rat Dr. Weißenborn-Berlin gebeten hat, an seiner Stelle ein anderes Vorstandsmitglied zu wählen, da er in den Ruhestand getreten sei. An seiner Stelle wird bis zur Neuwahl durch die Hauptversammlung der Med.-Rat Dr. Geißler, Kreisarzt in Potsdam kooptiert.

VI. Die **Jahresabrechnung für 1920** konnte noch nicht vorgelegt werden, da ihr Abschluß noch nicht möglich war. Dieser ist inzwischen erfolgt.

Danach haben die Einnahmen des Vereins einschließlich des Kassenbestandes vom Vorjahre (3233,21 M.) 27 908,36 Mark, die Ausgaben 24 989,44 M betragen, so daß ein Kassenbestand von 2918,92 M. verbleibt (also 314,29 weniger). Bei der Jubiläumsstiftung steht einer Einnahme von 5857,44 M. eine Ausgabe von 2063,38 Mark gegenüber, so daß ein Ueberschuß von 3794,06 M. verbleibt, durch den sich das Vermögen dieser Stiftung auf 61 902,66 Mk. (Nennwert) bezw. 45 735,66 Mk. (Kurswert) erhöht. Die Rapmundspende hat eine Einnahme von 1014,43 M. und eine Ausgabe von 201,70 M. gehabt; ihr Vermögen erhöht sich dadurch um 813,75 M. und beträgt demnach 26 691,15 M. (Nennwert) bezw. 21 177,42 M. (Kurswert).

Kleinere Mitteilungen u. Referate aus Zeitschriften.

A. Gerichtliche Psychiatrie.

Beitrag zur klinischen und forensischen Beurteilung querulatorischer Zustandsbilder. Von Dr. W. Kittel-Göttingen. Aerztliche Sachverständigen-Zeitung; 1920, Nr. 21.

Es werden zwei Fälle genauer besprochen, die gerichtsärztlich sehr verschieden gedeutet worden waren.

Verfasser will an ihnen die große praktische Bedeutung zeigen, die der richtigen Erkennung und Deutung querulatorischer Symptomenkomplexe zukommt. Es genügt nicht die Tatsache, daß jemand Behörden und Gerichte von Instanz zur Instanz mit mehr oder weniger begründeten Beschwerden oder Eingaben belästigt, um daraus den Schluß auf das Vorliegen einer psychischen Störung zu ziehen. Wenn aber das Krankhafte des Zustandes erkannt ist, darf man sich nicht mit der Diagnose „Querulantenwahn" begnügen. Es empfiehlt sich überhaupt, die Bezeichnung „Querulantenwahn" nicht anzuwenden. Querulatorische Symptomenkomplexe können auch auf dem Boden anderer Krankheiten als dem der Paranoia vorkommen. Die Vorgutachter hatten hieran nicht gedacht und das Zustandsbild des querulatorischen Symptomenkomplexes als Krankheit sui generis aufgefaßt und die „Querulantenwahn" wie eine Paranoia im engeren Sinne beurteilt. Ein Gutachter hatte dem anderen widersprochen. Solche Widersprüche sind tief bedauerlich und werden als Angriffspunkte gegen die Psychiater benutzt. Fehler, wie sie hier gemacht wurden, lassen sich aber vermeiden. Dr. Solbrig-Breslau.

Katamnese der Kriegsgefangenen. Von Dr. dalla Volta-Padua. Archivio di Antropologia criminale etc.; 1920, H. 4.

In dieser psychologischen Studie über die Kriegsgefangenen wird die bisherige Literatur kritisch beleuchtet und werden zugleich eigne Beobachtungen verwertet. Meist sind es traurige Bilder, die sich aus dem Leben der Kriegsgefangenen entrollen: allerlei körperliche und seelische Krankheiten, Zunahme der Tuberkulose, sexuelle Entartungen, Roheiten und dergl. Lichtbilder sind nur vereinzelt beobachtet; von den aus der Gefangenschaft zurückkehrenden Soldaten machten verhältnismäßig wenige einen vorzüglichen Eindruck. In dem Schlußkapitel: „Die Kriegsgefangenen und die politischen Verbrecher" sucht Verfasser zu erklären, wie es in den verschiedenen Ländern dadurch zu blutigen Revolutionen kam, daß sich die von der Gefangenschaft Befreiten zu rächen suchten. Dr. Solbrig-Breslau.

Zur Rettung der Minorennen. Von Aug. Setti, Generalstaatsanwalt in Turin. Archivio di Antropologia criminale etc.; 1920, H. 1.

Bei der bevorstehenden italienischen Reform des Strafrechts ist die Frage der Behandlung der minorennen Delinquenten von besonderer Bedeutung. Es gilt, zunächst das Studium der jugendlichen Verbrecher systematisch aufzunehmen. Dazu sollen nach dem Vorschlag von Setti besondere Behörden in den Provinzialhauptstädten geschaffen werden, die das Material, das ihnen durch eigne Agenten zu liefern ist, zu verarbeiten und an ein in der Hauptstadt zu errichtendes Zentrum weiter zu geben haben, wo dann praktische Vorschläge für eine generelle Regelung ausgearbeitet werden sollen. Ländliche Kolonien sind als besonders geeignete Unterbringung anzusehen.

Dr. Solbrig-Breslau.

Die Prophylaxe der Verbrechen: Nachtasyle für Sicherheit und Rettung. Von Prof. G. B. Ramoino-Genua. Archivio Antropologia criminale etc.; 1920, H. 2.

Verfasser als Verfechter der Lombrososchen Schule sieht in der bisher geübten Prophylaxe der Verbrechen (Ueberwachung und Warnung) nichts Fruchtbringendes. Er empfiehlt Asyle zu gründen, wie sie bisher nur ganz vereinzelt, von privater Seite gegründet, bestehen. In diesem sollen bestimmte Kategorien von Verbrechern, namentlich auch jugendliche, zwangsweise Unterkunft finden, um tagsüber unterrichtet, beschäftigt und erzogen zu

werden, nachts aber unter sicherem Gewahrsam verbleiben. An ärztlicher Ueberwachung darf es dabei nicht fehlen. Dr. Solbrig-Breslau.

B. Sachverständigentätigkeit in Unfall-, Invaliditäts- und Krankenversicherungssachen.

Parenchymatöse Hornhautentzündung. Unfallfolge? Von Hessbrügge-Bochum. Aerztliche Sachverständigen-Zeitung; 1920, Nr. 20.

In den beiden angeführten Fällen war ein Unfall als die Ursache der späteren Hornhautentzündung angegeben, die als spezifische erkannt wurde. Das Reichsversicherungsamt lehnte auf Grund von fachärztlichen Gutachten die Entschädigungsansprüche ab. Dr. Solbrig-Breslau.

Tödlicher elektrischer Unfall bei angeborenem Herzfehler (4 Semilunarklappen der Pulmonalis). Von Prof. Nippe-Greifswald. Aerztliche Sachverständigen-Zeitung; 1920, Nr. 11.

Ein Gutsinspektor war dadurch tödlich verunglückt, daß er in einen Stall beim Eindrehen einer Glühbirne mit der elektrischen Leitung (220 Volt Wechselstrom) in Berührung kam. Der Tod war anscheinend sofort eingetreten. Die Sektion ergab unbedeutende Hauterkrankungen, im übrigen Zeichen von Lungentuberkulose, eine Herzanomalie (überzählige Pulmonalklappe), Aortenenge, Status lymphaticus. Diese mangelhafte Körperkonstitution muß als disponierender Koeffizient für das Zustandekommen des Todes gelten, im übrigen war anzunehmen, daß eine erhebliche Stromintensität den Verunglückten getroffen hatte. Es handelte sich in diesem Fall wahrscheinlich um einen „Sekunden-Herztod. Dr. Solbrig-Breslau.

Zur Begutachtung psychischer und nervöser Begleiterscheinungen des Erysipels. Von Dr. K. Boas. Aerztliche Sachverständigen-Zeitung; 1920, Nr. 18.

Es werden 2 tödliche Fälle von psychischen und nervösen Begleiterscheinungen im Gefolge des Erysipels besprochen — an sich recht seltene Vorkommnisse — die zur Begutachtung kamen, da Rentenansprüche von den Hinterbliebenen gestellt wurden. Im ersten Fall hatte ein Former sich bei der Pflege seiner an Erysipel leidenden Frau infiziert, war mit Delirien erkrankt und hatte sich im Fieberwahn einen Verband abgerissen und in die Kehle gestoßen, so daß er erstickte. Im zweiten Fall handelte es sich um einen Mann, der früher Lues durchgemacht hatte, später an einem Erysipel erkrankte, in dessen Gefolge Unklarheit und Phantasieren eintrat. Am 6. Krankheitstage war unter zunehmender Herzschwäche der Tod eingetreten.

Im zweiten Fall wurde Dienstbeschädigung angenommen und die Hinterbliebenenrente zugesprochen. Dr. Solbrig-Breslau.

Ueber den Grad der Erwerbsverminderung bei Entstellung, Bewegsstörung und starker Empfindlichkeit in der Umgebung des rechten Auges und auf der rechten Gesichtshälfte gegen Kälte, Zug und Staub. Urteil des Reichs-Vers.-Amts vom 20. Oktober 1920. Kompaß 1921, Nr. 3.

Bei den Unfallfolgen handelt es sich unstreitig um einen ausgedehnten Verlust der Weichteile der rechten Wange und eine hierdurch bedingte Entstellung der rechten Gesichtshälfte, um eine Einschränkung der Bewegung des Unterkiefers, die die Aufnahme und Zerkleinerung der Speisen sehr beeinträchtigt, um einen Reizzustand der Bindehaut des rechten Auges, ferner um eine Einschränkung der natürlichen Bewegungen des Halses und Kopfes infolge narbiger Veränderungen im rechten Halsgebiete. Der Verletzte beschwert sich weiter über Nervenschwäche, die durch das Gutachten des Dr. Sch. in Hamborn vom 4. Februar 1918 bestätigt wird. Bei diesem ganz offenbaren Befunde bedarf es nicht eines weiteren ärztlichen Obergutachtens, das der Verletzte beantragt hat. Der Zustand begründet den Anspruch auf eine höhere Rente, als die Vorinstanzen zugebilligt haben. Nach dem Gutachten des Professors Dr. B. in Düsseldorf vom 8. März 1920 leidet der Verletzte an dem betroffenen Körperteile an einer großen Empfindlichkeit gegen alle von außen kommenden Reize, insbesondere gegen Kälte, Zug und Staub. Derartige Schädlichkeiten werden

sowohl am rechten Auge und seiner Umgebung, wie an den freiliegenden Zähnen so stark empfunden, daß der Verletzte zeitweise die Arbeit gänzlich aussetzen muß. Die Entstellung bedingt ferner einen nicht bloß vorübergehenden Mangel an Gelegenheit, sich auf dem gesamten für seine Kräfte und Fähigkeiten in Betracht kommenden Gebiete des wirtschaftlichen Lebens einen Erwerb zu verschaffen. Anderseits ist der Arbeitsmarkt für die Verwertung seiner Kräfte und Fähigkeiten nicht völlig verschlossen; denn er hat im wesentlichen gesunde Arme und Beine und ist deshalb immerhin noch imstande, einigen Lohn zu verdienen. Das R.-V.-A. hat deshalb eine Teilrente von 85 % für gerechtfertigt erachtet, die seit dem 5. Februar 1918 zu zahlen ist.

Tagesnachrichten.

Aus dem Reichstage. In der Sitzung vom 16. März d. J. wurde bei der Beratung des Haushalts des Reichsministeriums des Innern von seiten der unabhängigen sozialdemokratischen Partei die **Errichtung eines Reichsgesundheitsministeriums**, an dessen Spitze kein Verwaltungsbeamter oder Jurist, sondern ein sozial-hygienisch denkender Fachmann gestellt werden müsse, wiederum beantragt und diese Forderung von dem Abg. Dr. Moses eingehend befürwortet. Leider fand der Antrag nicht die Zustimmung des Hauses, sondern wurde von neuem abgelehnt, nachdem sich der Reichsminister des Innern dagegen ausgesprochen hatte. Er bedauerte, „daß hier in den Erörterungen immer wieder der eine Gesichtspunkt vergessen wird, daß wir nämlich kein Einheitsstaat, sondern ein Bundesstaat sind, und daß deswegen die gesamte Exekutive auf dem Gebiete des Gesundheitswesens nicht beim Reich, sondern bei den Ländern liegt. Wären wir ein Einheitsstaat, in dem es möglich wäre, von einer einheitlichen Spitze aus das gesamte Gesundheitswesen zu beeinflussen, auf diesem Gebiete zu drängen und Maßnahmen durchzusetzen, dann würde es zweckmäßig sein, dafür zu sorgen, daß diese Maßnahmen in die Hand dieser einheitlichen Spitze gelegt würden. Tatsächlich sind wir aber leider auf dem Gebiete des Gesundheitswesens fast nichts wie eine Gesetzgebungsmaschine. Alles weitere, alle Ausführungsmaßnahmen sind Angelegenheit der Länder, und die Durchführung der Maßnahmen muß deshalb von der Verwaltung der Länder gewährleistet werden. Ich fürchte deshalb: jeder Versuch, die Zahl der Ministerien noch durch ein Reichsgesundheitsministerium zu vermehren, wird keinen vollen Erfolg zeitigen können. Gesetzgeberisch ist das Reichsgesundheitsamt völlig auf der Höhe. Es hat die besten Fachmänner zu seiner Verfügung, und was auf dem Gebiet der Gesetzgebung geschehen muß, kann und wird durch das Reichsgesundheitsamt geschehen, und es könnte besser ganz gewiß nicht durch einen besonderen Minister geschehen. Für diese Fragen ist es ohne ausschlaggebende Bedeutung, welche Vorbildung der Minister hat. Ein Reichsgesundheitsministerium würde sich in seinen Aufgaben und in der Gesetzgebung heute auch mehrfach mit anderen Ministerien überschneiden, so mit dem Arbeitsministerium, dem fast die gesamte Sozialpolitik untersteht, das auch die Wohnungsfrage zu regeln hat, ferner mit dem Ernährungsministerium. Man darf doch nicht vergessen, daß die Pflege der Gesundheit nicht eigentlich ein Stoff ist, der abgetrennt von anderen Stoffen bearbeitet werden kann, sondern daß sie eine Tendenz ist, die die gesamte Gesetzgebung zu durchdringen hat (sehr richtig! im Zentrum), die also im Wohnungswesen, im Ernährungswesen, in der Sozialpolitik, in der Arbeiterfürsorge und vielen anderen Maßnahmen hervortreten muß. Also in allen Ministerien muß, genau so wie der sozialpolitische Geist, auch der Geist herrschend sein, der Verständnis für die Aufgaben der Hygiene hat; sonst werden alle die gesetzgeberischen Aufgaben, deren Lösung den einzelnen Ministerien obliegt, falsch und unrichtig gelöst werden. Die Gesetze, die von Herrn Dr. Moses vermißt worden sind, sind zum Teil bereits beim Reichsrat, wie das Gesetz über die Geschlechtskrankheiten, das sich seit März 1920, also seit 1½ Jahren, beim Reichsrat befindet, während die Gesetze über die Tuberkulosefürsorge und über die Trunksucht in Vorbereitung sind und, wie ich hoffe, in absehbarer Zeit an den Reichstag werden gelangen können."

Gerade die Schlußworte des Herrn Ministers beweisen so recht schlagend die **Notwendigkeit eines Reichsgesundheitsministeriums**. Ein

größeres Testimonium paupertatis konnte sich der Herr Minister nicht geben, als durch das Zugeständnis, daß seit 1½ Jahren!! ein von ihm ausgearbeitetes Gesetz, über dessen Dringlichkeit wohl kein Zweifel herrscht, beim Reichsrat ruht und es ihm bisher noch nicht gelungen ist, diesen aus seinen Winterschlaf aufzuwecken. Mit dem Tuberkulose- und anderen derartigen Gesetzen geht es nicht besser; sie sollen schon seit Jahren in absehbarer Zeit an den Reichstag gelangen; unter „absehbarer Zeit" scheint aber der Herr Minister ganz etwas anderes zu verstehen, als sonst üblich ist; nach dem bisherigen Verlauf der Dinge kommt man fast zur Ansicht, er könnte darunter „ad calendas graecas" gemeint haben. Was er dann in bezug auf die Aufgaben des Reichsgesundheitsministeriums gesagt hat, ist insofern zutreffend, daß diese mehrfach mit anderen Ministerien, namentlich mit dem Arbeitsministerium und dem Ernährungsministerium überschneiden. Wir stehen aber auf dem Standpunkt, daß z. B. ein Ernährungsministerium viel überflüssiger ist, als ein Gesundheitsministerium; denn die Ernährung bildet einen Teil der öffentlichen Gesundheit und kann deshalb recht gut einem Gesundheitsministerium zugeteilt werden; dasselbe gilt von der dem Arbeitsministerium jetzt unterstehenden Sozialpolitik. Die Errichtung eines Gesundheitsministeriums würde somit auch keine Vermehrung von Zentralbehörden bringen. Der Herr Minister irrt endlich auch, wenn er die Reichsregierung lediglich als eine Gesetzgebungsmaschine auf dem Gebiete des Gesundheitswesens bezeichnet; denn ihm liegt nach Art. 7 der Verfassung nicht bloß die Gesetzgebung über die Gesundheit ob, sondern er hat nach Art. 14 auch die Aufsicht und Ueberwachung darüber, daß die von ihm gesetzgeberisch getroffenen Maßnahmen auch richtig ausgeführt werden; dazu gehört aber schon jetzt eine „einheitliche Spitze", während der Herr Minister in dieser Hinsicht ebenfalls nur auf spätere Zeiten vertröstet, d. h. ad calendas graecas.

In derselben Sitzung des Reichstages sind dann noch eine Entschließung wegen Vorlegung einer Denkschrift über die Unterernährung des deutschen Volkes und die Schädigung der Volksgesundheit sowie eine Entschließung wegen Förderung der Forschungen auf dem Gebiete der Psychopathie und Förderung der Psychopathenfürsorge angenommen. Desgleichen hat der Reichstag seine Zustimmung dazu erteilt, daß der Reichsbeitrag zur Bekämpfung der Tuberkulose dem Antrage des Hauptausschusses gemäß von 500000 auf 2½ Million M. erhöht ist.

Zur Besoldungs- und Ruhegehaltsfrage in Preußen. In der jetzt vorliegenden Ausführungs-Anweisung des Finanzministers vom 21. Januar 1921 zum Beamtendiensteinkommensgesetz und zum Beamtenbesoldungs- und Beamtenruhegehaltsgesetz vom 17. Dezember 1920 heißt es unter I. A. a. Ziffer 3 betreffs der Aufrückungsstellen „diejenigen Beamten, denen jetzt eine der in der Besoldungsordnung gekennzeichneten Aufrückungsstelle verliehen wird, erhalten die höheren Bezüge mit Wirkung vom 1. April 1920 an, als wenn sie am 1. April 1920 bereits in der Aufrückungsstelle befördert worden wären."

„Darüber, wieviel Aufrückungsstellen nach dem Besoldungsplan für 1920 bei der einzelnen Behörde besetzt werden können, ergeht noch besondere Verfügung.

Auf die Verleihung einer Aufrückungsstelle haben die Beamten keinen Rechtsanspruch.

Die Aufrückungsstellen sollen in der Regel nach dem Dienstalter besetzt werden. Sie können in besonderen Fällen auch dienstjüngeren, besonders tüchtigen und mit besonders verantwortungsvollen oder arbeitsreichen Amtsobliegenheiten betrauten Beamten versehen werden. Hiernach ist im einzelnen Falle zu prüfen, ob bei der Besetzung einer gehobenen Stelle die Verleihung nach dem Dienstalter oder unter Berücksichtigung der sachlichen Erfordernisse der Stelle an einen dienstjüngeren besonders tüchtigen Beamten zu erfolgen hat."

Betreffs der Grundgehaltssätze der nicht vollbesoldeten Kreisärzte wird unter I A b Abs. 3 bestimmt:

„Die nicht vollbesoldeten Kreisärzte erhalten nicht mehr Gehälter mit Mindestgrundsätzen, sondern 75 v. H. der Grundgehaltssätze der vollbesoldeten Kreisärzte (Gruppe 10), also sind an Stelle der eingeklammerten Sätze der Besoldungsgruppe 10 zu zahlen:

(8400) = 6300, (9200) = 6900, (10000) = 7500, (10,800) = 8100, (11300) = 8475, (11800) = 8850, (12300) = 9215, (12600) = 9450.

Nach diesem gekürzten Grundgehalt richtet sich auch die Höhe des Ortszuschlages. Ueber die Abführung der amtsärztlichen und gerichtsärztlichen Gebühren seitens der nicht vollbesoldeten Kreisärzte und Gerichtsärzte enthält die Ausführungsanweisung keine Bestimmung.

Ueber die Kinderbeihilfe bestimmt die Ausführungs-Anweisung unter I A d: „Die Kinderbeihilfen werden unabhängig vom Diensteinkommen gewährt (also auch für die nicht vollbesoldeten Beamten in voller Höhe); sie betragen wie früher für jedes beihilfefähige Kind bis zum vollendeten 6. Lebensjahre monatlich 40 M., bis zum vollendeten 14. Lebensjahr monatlich 50 Mk. und bis zum vollendeten 21. Lebensjahr monatlich 60 M. Zu diesen Beträgen tritt der jeweils geltende Ausgleichszuschlagsatz, so daß sich die Kinderbeihilfe unter Berücksichtigung des nach dem Gesetz vom 14. Dezember 1920 gewährten Notzuschlages (zahlbar vom 1. Oktober 1920) für jedes Kind wie folgt stellt:

	Ortsklasse A	B	C	D	E
im Alter bis zu 6 Jahren	100	90	80	70	70
„ „ über 6 bis 14 Jahren . .	125	112,50	106	87,50	87,50
„ „ „ 14 bis 21 Jahren . .	150	132	120	105	105

Die Kinderbeihilfe wird im voraus gezahlt und zwar vom Beginn des Kalendermonats an, in dem die für Gewährung maßgebenden Voraussetzungen eintreten; sie fällt dagegen fort mit Ablauf des Kalendervierteljahrs, in dem die sonstigen Voraussetzungen für Gewährung fortfallen.

Betreffs der Versorgungsgebührnisse der Wartegeld- und Ruhegehaltsempfänger und Hinterbliebenen heißt es unter II a Abs. 2: Die Altwartegeldempfänger, Altruhegehaltsempfänger und Althinterbliebenen sind den Neuwartegeldempfängern usw. grundsätzlich gleichgestellt. Ruhegehaltsfähige Zulagen und Nebenbezüge sind nur noch insoweit zu berücksichtigen, als sie unter der Herrschaft der neuen Besoldungsordnung zulässig sind, z. B. die Zulage als Mitglied des Provinzialmedizinalkollegiums oder der Wissenschaftlichen Deputation, aber nicht die jetzt weggefallenen Zulagen von 600 M. für die älteren Reg.- und Med.-Räte. In II f ist dann leider unter Abs. 2 bestimmt, daß Altersversorgungsberechtigte in die in der Besoldungsordnung vorgesehenen planmäßigen Aufrückungsstellen nicht eingereiht werden, da ihnen solche vor ihrer Zuruhesetzung nicht verliehen worden sind. Das ist eine schwere Schädigung der betreffenden Altersversorgungsberechtigten, die jedenfalls von dem Landtage nicht beabsichtigt ist. Sie steht auch in Widerspruch mit den früheren tatsächlichen Verhältnissen; denn ein großer Teil dieser Beamten hat vor seiner Pensionierung eine sogenannte gehobene Stellung eingenommen, wie z. B. ein Teil der Regierungsräte und sämtliche technischen Räte bei den Regierungen; die Begründung: „da ihnen solche vor ihrer Zuruhesetzung nicht verliehen worden sind“, trifft also auf diese Altpensionäre nicht zu. Sie steht auch in Widerspruch mit der Ausführungsbestimmung im Abs. 3, wo es heißt: „Soweit die Beamten jedoch eine gehobene Besoldung, insbesondere eine ruhegehaltsfähige Zulage beim Ausscheiden aus der zuletzt von ihnen bekleideten Stelle bezogen haben, sind sie in die entsprechend höhere Besoldungsgruppe einzureihen“; eine Bestimmung, die für die vorher genannten Beamten zutrifft. Es wird daher Sache der verschiedenen Berufsvereine sein, gegen diese Benachteiligung an zuständiger Stelle sowohl, als bei dem Landtage in nachdrücklichster Weise vorstellig zu werden.

Der Versorgungszuschlag bei den Altpensionären wird nach den gleichen Grundsätzen wie bei dem Ausgleichszuschlag bei den im Dienste befindlichen Beamten berechnet; er beträgt mindestens die Hälfte dieses Betrages und kann beim Vorliegen besonderer Fälle bis auf die volle Höhe des Ausgleichszuschlages des zuletzt innegehabten Diensteinkommens erhöht werden.

In Preußen ist jetzt eine große Anzahl von Studiendirektoren (Direktoren von höheren Lehranstalten) zu Oberstudiendirektoren, desgleichen eine größere Anzahl von Regierungs- und Schulräten zu

Oberregierungs- und Schulräten ernannt und damit in die Besoldungsgruppe 12 eingerückt; von einer Ernennung eines Teils der „Regierungs- und Medizinalräte" zu Oberregierungs- und Medizinalräten sowie von Kreisärzten zu „Obermedizinalräten" und von ihrem Aufrücken in die Besoldungsgruppen 12 bezw. 11 hat man aber leider noch nichts gehört. Hoffentlich wird es uns möglich sein, in der nächsten Nummer der Zeitschrift eine dementsprechende, für die beteiligten Beamten dringend erwünschte Mitteilung zu bringen.

Am 17. u. 18. Mai d. J. (Dienstag und Mittwoch nach Pfingsten) findet in Köln die **zweite Tagung über Psychopathenfürsorge statt**, die von dem Deutschen Verein zur Fürsorge für jugendliche Psychopathen, der Deutschen Zentrale für Jugendfürsorge (Gesundheitsausschuß und Ausschuß für Jugendgerichte und Jugendgerichtshilfen) und dem Allgemeinen Fürsorge-Erziehungs-Tag veranstaltet wird. Als Verhandlungsgegenstand ist auf die Tagesordnung gestellt „Heilbehandlung und Erziehung psychopathischer Kinder und Jugendlicher mit besonderer Berücksichtigung der Fürsorgeerziehung." Dabei soll die Zusammenarbeit zwischen dem Psychiater und den Organen der offenen Fürsorge (Kleinkinderfürsorge, Schulkinderfürsorge, Ermittlung und Schutzaufsicht, Fürsorge für vagabundierende Jugendliche) und zwischen Psychiater und Fürsorgeerziehung (Beobachtungsstationen, Anstaltserziehung) erörtert werden. Als Referenten sind in Aussicht genommen die Herren Prof. Dr. Kramer-Berlin, Kreisarzt Dr. Feld-Lennep, Kreisschulrat Fuchs-Berlin, Stadtschularzt Professor Dr. Thiele-Chemnitz, ferner Fräulein Pohl-Berlin, Frl. Dittmer (Polizeipräsidium Berlin), Prof. Dr. Gaupp-Tübingen, Pastor Backhausen-Hannover, Prof. v. Düring-Steinmühle, Oberarzt Dr. Redapennig-Göttingen, Dr. Mönkemöller-Hildesheim, Dir. Knaut-Berlin. — Die Teilnehmerkarte kostet 20 M., Anmeldungen sind bis 10. April an den Deutschen Verein zur Fürsorge für jugendliche Psychopathen, Berlin N. 24, Monbijouplatz 3, zu richten, der auch für Unterkunftsbeschaffung sorgt.

Die Tagung findet in Zusammenhang mit einem Bevölkerungsvertreter-Kongreß statt, der zu der gleichen Zeit nach Köln einberufen ist.

Nachruf. Am 14. März starb in Meisenheim eines der ältesten Mitglieder des Preußischen Medizinalbeamtenvereins, der Kreisarzt a. D. Geh. Med.-Rat Dr. **Albert.** Gelegentlich seines goldenen Doktorjubiläums wurde seiner in dieser Zeitschrift ehrend gedacht. Von 1886 bis 1919 im Amte wirkte er als Arzt und als Kreisarzt vorbildlich. Durch langjährige Landpraxis mit den Sorgen und Mühen der ländlichen Bevölkerung vertraut, war er gleichzeitig den Fortschritten der sozialen Hygiene und der wissenschaftlichen Medizin gefolgt und hatte Grundlegendes auf dem Gebiete der Tuberkulosefürsorge und der ländlichen Krankenpflegestationen geleistet. Der Kreis Meisenheim hatte bereits 1908 auf seine Anregung hin das Hebammenwesen statutarisch geregelt. Sein Andenken wird in hohen Ehren bleiben.

Sprechsaal.

Anfrage des Kreisarztes Dr. T. in O.: Ist die zuständige Gerichtsbehörde (Landgericht oder der Oberstaatsanwalt) verpflichtet, dem Kreisarzt die Stelle als Gefängnisarzt zu übertragen, oder kann er die Stelle meinem Vorgänger weiter überlassen?

Antwort: Nach den Erlassen des Justizministers vom 20. März 1888, 20. Januar 1890, 14. Mai 1895 und 16. Mai 1902 sollen bei der Besetzung der mit Remuneration verbundenen Stellen der Straf- und Gefängnisanstalts-Aerzte die am Orte vorhandenen Medizinalbeamten zwar in erster Linie und vorzugsweise berücksichtigt werden; es besteht aber keine rechtliche Verpflichtung dazu, namentlich nicht, wenn der bisher als Gefängnisarzt angestellte Kreisarzt in der Stelle verbleibt.

Verantwortlich für die Schriftleitung: Prof. Dr. Rapmund, Geh. Med.-Rat in Lippspringe.
Druck von J. C. C. Bruns, Minden i. W.

Versetzt: Die Kreisärzte Dr. Weller in Merseburg nach Berlin, Dr. Kühnlein in Wernigerode nach Merseburg, Dr. Opitz in Bonn nach Halberstadt, Dr. Pachnio in Westerburg nach Homburg v. d. H., Dr. Pieszczeck in Carthaus nach Prenzlau, Dr. Rathe in Köln nach Höxter, Dr. Schürmeyer, ständiger Hilfsarbeiter bei der Regierung in Arnsberg, nach Siegburg, Med.-Rat Dr. Becker in Hannover nach Uelzen, Dr. Reischauer in Gummersbach nach Pinneberg (Holstein), Dr. R. Engelsmann in Plön nach Kiel, Reg.- und Med.-Rat Berger in Gumbinnen nach Düsseldorf.

In den Ruhestand getreten: Die Reg.- und Geh. Med.-Räte Dr. Bornträger in Düsseldorf, Dr. Quittel in Aurich, Dr. Räuber in Erfurt und Dr. Meyen in Liegnitz; Geh. Med.-Räte Dr. Kluge, Kreisarzt in Höxter, Dr. Geißler, Kreisarzt in Torgau, Dr. Moritz in Halberstadt und Dr. Ziehe in Bad Homburg v. d. H.

Gestorben: Geh. Med.-Rat Dr. Barth, Kreisarzt in Bassum, Geh. Med.-Rat Dr. Albert, Kreisarzt a. D. in Meisenheim.

Bayern.

Ernannt: Der prakt. Arzt Dr. E. Maedl in Kempten zum Bezirksarzt in Ebersberg; Bezirksarzt Dr. Führer in Schrobenhausen wurde auf Ansuchen vom Antritt der ihm verliehenen Stelle des Bezirksarztes in Ebersberg entbunden.

Erledigte Stellen.

Preussen.

Die neu geschaffenen **Kreisassistenzarztstellen in Hermeskeil und Baumholder,** Regierungsbezirk Trier. Bewerbungen sind bis zum 20. April 1921 an das Ministerium für Volkswohlfahrt in Berlin W. 66, Leipziger Straße 3, durch Vermittlung des für den Wohnort des Bewerbers zuständigen Herrn Regierungspräsidenten (in Berlin des Herrn Polizeipräsidenten) einzureichen.

---

34. Jahrg. Nr. 8 — 20. April 1921

ZEITSCHRIFT FÜR MEDIZINALBEAMTE

Zentralblatt

für das gesamte Gebiet der gerichtlichen Medizin und Psychiatrie, des staatlichen und privaten Versicherungswesens, sowie für das Medizinal- und öffentliche Gesundheitswesen, einschl. der praktischen und sozialen Hygiene.

Herausgegeben von

Prof. Dr. Otto Rapmund

Geh. Med.-Rat in Bad Lippspringe.

Offizielles Organ des Deutschen, Preussischen, Bayerischen, Sächsischen, Württembergischen, Badischen, Hessischen, Mecklenburgischen, Thüringischen und Braunschweigischen Medizinalbeamtenvereins.

Eine Beilage: Rechtsprechung und Medizinalgesetzgebung

Bezugspreis für das Jahr: 30 M, durch die Post bezogen: 32 M.

VERLAG VON FISCHER'S MEDIZ. BUCHHANDLUNG H. KORNFELD,
Berlin W. 62, Keithstraße 5.

INHALT.

Personalien.

Deutsches Reich und Preussen.

Ernannt: Die Kreisassistenzärzte Dr. Benkwitz in Bielefeld zum Kreisarzt in Schleusingen, Dr. Lange in Waldenburg (Schlesien) zum Kreisarzt in Rosenberg (Oberschl.), Dr. Schmidt in Bochum zum kommiss. Kreis-

Geschäftsstelle und Versand für die Mitglieder des Medizinalbeamtenvereins durch J. C. C. BRUNS, Buchdruckerei, MINDEN i. WESTF.

Alleinige Anzeigen-Annahme und verantwortlich für den Anzeigenteil: HANS PUSCH, BERLIN SW. 48, Wilhelmstraße 28.

arzt in Angerburg und Dr. Kalle in Ortelsburg zum kommiss. Kreisarzt in Heinrichswalde (Ostpreußen); Geh. San.-Rat Dr. Riedel in Berlin-Charlottenburg zum ordentlichen Mitglied und San.-Rat Dr. Aschoff in Berlin zum stellvertretenden Mitgliede des ärztlichen Ehrengerichtshofes.

Versetzt: Die Reg.- und Med.-Räte Dr. Zilleßen in Trier nach Schleswig, Dr. König in Arnsberg nach Berlin (zunächst als Hilfsarbeiter im Ministerium für Volkswohlfahrt), Dr. Lembke in Allenstein nach Hildesheim, die Kreisärzte Dr. Tiling in Heinrichswalde nach Neuwied, Dr. Schürmann in Neuwied nach Essen a./Ruhr, Dr. Krause in Marienberg nach Glogau, Dr. Rudolphy in Witzenhausen nach Plön, Dr. Engelsmann in Plön nach Kiel, Dr. Ruhs in Goldap nach Elberfeld, Dr. Münzberg in Gumbinnen nach Wohlau, Dr. Bodenstein in Rosenberg (Oberschl.) nach Kolberg, Dr. Göhlmann in Trebnitz nach Goldberg i. Schl.; Isfort in Warburg nach Burgsteinfurt, die Kreisassistenzärzte Dr. Meier in Stade nach Warburg unter Beauftragung mit der Verwaltung der dortigen Kreisarztstelle, Dr. Basten in Cöln nach Bonn unter Beauftragung mit der Verwaltung der dortigen Kreisarztstelle.

In den Ruhestand getreten: Die Reg.- und Geh. Med.-Räte Dr. Arbeit in Hildesheim, Dr. Bertheau in Schleswig sowie die Kreisärzte und Geh. Med.-Räte Dr. Racine in Essen a. Ruhr, Dr. Hirschfeld in Glogau, Dr. Bockendahl in Kiel, Dr. Wex in Düren und Dr. Kasemeyer in Burgsteinfurt sowie Med.-Rat Dr. Dreising in Kassel.

Bayern.

Versetzt: Med.-Rat Dr. König, Bezirksarzt in Königsberg i. Fr. als Landgerichtsarzt nach Coburg, Bezirksarzt Dr. Müller in Bogen nach Deggendorf.

(Fortsetzung der Personalien auf der sechsten Seite des Umschlags.)

In den Ruhesand getreten: Bezirksarzt Dr. Lüst in Kaufbeuren unter Verleihung des Titels „Obermedizinalrat".

Gestorben: Ob.-Med.-Rat Dr. Burgl, Reg.- und Med.-Rat a. D. in Regensbuig.

Baden.

Gestorben: Med.-Rat Dr. Wörner in Ueberlingen.

Hessen.

Versetzt: Dr. Balser, Kreisassistenzarzt in Mainz nach Bad Salzhausen.

Andere deutsche Freistaaten.

Auszeichnungen: Verliehen: Das Eiserne Kreuz I. Klasse: dem Oberstabsarzt d. L. San.-Rat Dr. Grobe, Kreisarzt in Camburg a. Saale (Thüringen).

Erledigte Stellen.

Freie Stadt Danzig.

Die Stelle eines **Kreisassistenzarztes in Danzig** ist sofort zu besetzen. Bewerbungen sind umgehend an die vorläufige Gesundheitsverwaltung der Freien Stadt Danzig, Sandgrube 41 a/b einzureichen. (S. nachstehende Anzeige.)

Bayern.

Die **Bezirksarztstelle in Kaufbeuren.** Bewerbungen sind an die für den Bewerber zuständigen Regierung (Abt. des Innern) zu richten.

Die **Hilfsarztstelle bei der Landgerichtsarztstelle in Würzburg.** Bewerbungen sind an den Landgerichtsarzt in Würzburg zu richten.

34. Jahrg. Zeitschrift 1921.

für

MEDIZINALBEAMTE

Zentralblatt

für das gesamte Gebiet der gerichtlichen Medizin und Psychiatrie, des staatlichen u. privaten Versicherungswesens, sowie für das Medizinal- u. öffentliche Gesundheitswesen, einschl. der prakt. u. sozialen Hygiene

Herausgegeben

von

Prof. Dr. Otto Rapmund

Geh. Med.-Rat in Bad Lippspringe.

Offizielles Organ d. Deutschen, Preußischen, Bayerischen, Sächsischen, Württembergischen, Badischen, Hessischen, Mecklenburgischen, Thüringischen u. Braunschweigischen Medizinalbeamtenvereins

Verlag von Fischer's med. Buchhandlung H. Kornfeld

Herzogl. Bayer. Hof- u. K. u. K. Kammer-Buchhändler

Berlin W. 62, Keithstrasse 5

Nr. 8.	Erscheint am 5. und 20. jeden Monats	20. April.

Brauchen wir eine Medizinalreform und welche?

Von Kreisarzt Dr. Ascher in Frankfurt a. M.

Die folgenden Ausführungen sollen nur die Grundlinien für eine Aussprache bilden, an der sich hoffentlich auch die beamteten Kollegen der anderen Gliedstaaten beteiligen werden, da die Lösung der von uns aufgeworfenen Fragen zwar nicht unumgänglich, aber zweckmäßig auf reichsgesetzlicher Grundlage erfolgt.

Als mit dem Beginn dieses Jahrhunderts der bisher fast außerhalb der Polizei stehende preußische Kreisphysikus als Berater der Polizei angegliedert und unter das Ministerium des Innern gestellt wurde, wurde von uns dieser Schritt als ein großer Fortschritt begrüßt. Auch die im Reichsgesetz wie im preußischen und anderen bundesstaatlichen Gesetzen enthaltene Bestimmung, daß die Anzeige ansteckender Krankheiten an die Polizei gehen solle, daß diese — bis auf einige dringendste Fälle — die Anordnung der seuchengesetzlichen Maßnahmen auszuführen hätte, erregte bei dem damaligen Stande unserer eigenen inneren Verfassung — ich meine der seelischen —, kein unliebsames Aufsehen. Schlimmer schon wurde es empfunden,

daß bei den endemischen Krankheiten der Kreisarzt so gut wie ausgeschaltet wurde. Man muß sich in die Zeit von 1907 zurückversetzen, um zu begreifen, wie schwer der Verfasser des Preußischen Seuchengesetzes es trug, wenn er in einer von zwei Ministerien gebilligten Festschrift einem internationalen Hygiene-Kongreß seinen Schmerz über die Verschlechterung seines Entwurfes durch das damalige Preußische Abgeordnetenhaus an den verschiedensten Stellen zum Ausdruck brachte. In der Tat hat Kirchner eine ganz andere Fassung gewünscht — und wie schlimm die Verschlechterungen waren, die die Mehrheit des Hauses dem Gesetze angedeihen ließen, kam deshalb wenig zum Ausdruck, weil in der Praxis gerade an den wichtigsten Bestimmungen teils mit Hilfe der ministeriellen Ausführungsbestimmungen, teils durch den Gang der Verhältnisse eine ganz wesentliche Korrektur vorgenommen wurde in der Weise, daß man sich um die gesetzlichen Bestimmungen nicht kümmerte und daß verständige Polizeiverwaltungen dem Kreisarzt die ganze Bekämpfung der Seuchen überließen, daß auf der anderen Seite die Anzeigen wichtiger Seuchen in der Regel zunächst an den Kreisarzt und erst dann an die Polizei gingen.

Daß dieser Zustand — dieser ungesetzliche — auch einmal eine andere Wendung erfahren könne, und zwar so, wie es das unglückselige Gesetz vorschreibt, das hat in der jüngsten Zeit die Verwaltung einer großstädtischen Polizei zum Ausdruck gebracht, als sie in einem Entwurf zu einer Dienstanweisung für Seuchenschwestern den Kreisarzt so gut wie ganz wegließ, und die Seuchenschwester lediglich der Polizei unterstellen wollte. Der Entwurf stützt sich dabei in seiner Begründung ganz korrekter Weise auf das Gesetz und sagt ausdrücklich, daß der Kreisarzt nach dem Preußischen Seuchengesetz fast nichts mit der Bekämpfung der Diphtherie wie dem Scharlach zu tun hätte. Leider ließ sich hiergegen gar nichts sagen, als daß die Vernunft einen entgegengesetzten Standpunkt einzunehmen zwinge.

Sehen wir einmal zu, was bisher erreicht ist. Hierzu sei vorausgeschickt, daß wir bei der Beurteilung von sogenannten „Erfolgen“ gezwungen waren, uns auf die Sterblichkeit zu stützen. Nun ist die Sterblichkeit nur ein Teil der Erkrankungen; unsere Bekämpfungsmaßnahmen richten sich aber gegen die Ausbreitung der Erkrankungen und erst mittelbar gegen die der Sterblichkeit. Wir werden also unsere Erfolge an diesen messen müssen, nicht an der Sterblichkeit. — Ich kann mich an dieser Stelle auf die Verhältnisse nicht näher einlassen und verweise auf meine Vorlesungen 5 und 6 in dem demnächst erscheinenden Heft der Veröffentlichungen auf dem Gebiete der Medizinalverwaltung, die jedem Kreisarzt dienstlich zugehen. Hier will ich nur eine Statistik von Behla aus Seite 144 des 1. Heftes des 4. Jahrganges der Medizinalstatistischen Nachrichten über die Diphtherie im Staate und in Berlin bringen.

Ich habe lediglich die Berechnung der „Tödlichkeit“ hinzugefügt.

Diphtherie: a) im Preußischen Staat, b) im Stadtkreis Berlin:

	a)			b)		
Jahr	Erkrank.	Sterbl.	Tödlichk.	Erkrank.	Sterbl.	Tödlichk.
	1 : 10000		1 : 100	1 : 10000		1 : 100
1902	15,41	4,05	2,6	7,68	1,25	1,6
1903	17,68	4,19	2,4	8,20	1,35	1,6
1904	18,78	3,92	2,1	9,07	1,77	1,9
1905	16,04	3,27	2,0	9,13	1,54	1,7
1906	16,93	2,68	1,6	11,75	1,74	1,5
1907	17,40	2,46	1,4	16,48	2,26	1,4
1908	18,98	2,55	1,3	20,73	2,64	1,3
1909	19,67	2,52	1,3	27,74	3,16	1,1
1910	20,87	2,45	1,2	28,58	3,11	1,1

Betrachten wir einmal in aller Ruhe diese außerordentlich wichtige Tabelle, so sehen wir zunächst, sowohl im ganzen Staate, wie in Berlin eine Zunahme der Erkrankungen in einer Zeit, in der das im Jahre 1900 erlassene Kreisarztgesetz wie das im Jahre 1905 erlassene Preußische Seuchengesetz genügend lange in Kraft waren, um ihre Wirkung zu zeigen. Die Sterblichkeit hat im „Staate“ in der gleichen Zeit abgenommen, aber nicht auf Grund unserer Bekämpfungsmaßnahmen, sondern durch die Verringerung der „Tödlichkeit“, d. h. durch einen milderen Verlauf, der vielleicht auf die Wirkung des Heilserums gesetzt werden könnte, wenn nicht gerade in der gleichen Zeit die Sterblichkeit und auch die Tödlichkeit an Scharlach, wie ich in meinen „Vorlesungen“ zeige, ebenfalls abgenommen hätte. Für die Wirkung des Diphtherieserums kann man allerdings andere Statistiken anführen: Krankenhausstatistiken, die eine einwandsfreiere Beweisführung gestatten. Man könnte vielleicht einwenden, die Diphtherie, und auch der Scharlach, hätten andere, widerstandsfähigere Altersklassen ergriffen, als früher. Auch dagegen kann ich die besten bisher vorhandenen Statistiken anführen, die von Berlin, die ich dem dortigen Statistischen Amte verdanke, und in meinen Vorlesungen ausführlich wiedergegeben habe.

Also von einer Wirkung unserer bisherigen Maßnahmen, der polizeilichen, gegen die Diphtherie kann nach dem Gesagten nun nicht mehr die Rede sein, ebenso wenig auch gegen den Scharlach.

Ob wir mit diesen Maßregeln gegen eine infektiöse Darmkrankheit etwas ausrichten können, ist mir nach den Erfahrungen der letzten Jahre ebenfalls sehr zweifelhaft geworden. Das einzige Mittel, dem wir eine Wirkung zusprechen können, ist die frühzeitige und langdauernde Absonderung des Kranken und, wenn es dazu Mittel gäbe, auch des Bazillenträgers einschließlich des Dauerausscheiders.

Hierzu aber müßte unsere Seuchengesetzgebung grundsätzlich geändert werden. Es müßte, um es kurz zu sagen, der Kreisarzt die Meldung des Krankheitsfalles, die Anordnung und

die Ueberwachung der Bekämpfungsmaßnahmen erhalten, dafür aber auch die Verantwortung der Oeffentlichkeit gegenüber übernehmen.

Der jetzige Zustand beruht darauf, daß der Schreiber der eigentliche Seuchenbekämpfer ist, der Sachverständige aber nur sein Berater. Daß es umgekehrt sein müßte, bedarf für uns keines Wortes. Für die Oeffentlichkeit aber ist es nötig, an der Hand solcher Mißerfolge, wie der obigen, den jetzigen Zustand in seiner Haltlosigkeit zu zeigen. Dabei kommt noch eine ganz unglaubliche Verschwendung von Zeit, Papier und Kraft hinzu, d. h. von Geld: Die Anzeigen müssen von der Polizei gebucht und dem Kreisarzt gesandt, von ihm mit Ratschlägen versehen und wieder zurückgeschickt werden, nachdem sie wiederum in eine Liste eingetragen werden, also doppelte Kosten und doppelte Arbeit — nicht zur Verbesserung, sondern zur Verschlechterung.

Nebenbei bemerkt, trifft das Gesagte für die ganze Gesundheitspflege zu: Immer sehen wir doppelte Listenführung, mag es sich um Aerzte, Apotheker, Hebammen usw. handeln oder um Berichte über irgend eine Krankheit. Und dies alles nicht etwa zu einer Verbesserung, sondern lediglich durch Festhalten an dem überlieferten Begriff der Allwissenheit und Allmächtigkeit der Polizei.

Dabei haben wir auf einem verwandten Gebiet, dem der Gewerbepolizei eine viel freiere Geschäftsführung; obwohl bei ihren Anordnungen gewiß nicht geringere materielle Werte auf dem Spiele stehen — ich betone materielle, um nicht in den Verdacht von Humanitätsdusel zu kommen. Der Gewerbeinspektor hat „Anordnungsbefugnisse", der Kreisarzt aber nicht.

Will man die gekennzeichneten Mißstände abstellen, so muß man sich entschließen, die Abteilung „Gesundheitspolizei" von der Sicherheitspolizei zu trennen und sie dem Kreisarzt zu unterstellen, der zu ihrer Leitung sicherlich ebensoviel Fähigkeiten mitbringen oder erwerben wird, wie der Verwaltungsbeamte. Dann wird außerordentlich viel Zeit und Geld gespart werden; es wird dem Wohlfahrtsministerium in Preußen endlich der Fuß seines Aufbaues gegeben werden. Für die sehr wenigen Fälle, in denen wirkliche Gewalt — brachiale nennt man sie, glaube ich, in Oesterreich — benötigt wird, könnte uns die Zuziehung der Sicherheitspolizei ermöglicht werden. Im übrigen glaube ich, daß wir mit den noch zu besprechenden Hilfsmitteln sehr viel weiter kommen werden, als mit dem uniformierten Beamten und der Aushändigung von gedruckten Verhaltungsregeln. Dabei liegt es mir fern, die Tätigkeit des Uniformträgers herabzusetzen; ich bin mir immer bewußt gewesen, daß, wie Wernicke einmal anführte, Polizei und Bürger — „Polites" — den gleichen Ursprung haben, und ich habe den „Schutzmann" bei meinen Fürsorgebestrebungen in Hamm i. W. gern in Anspruch genommen, sogar als Helfer in der Säuglingsfürsorge-

stelle. Ich glaube sogar, daß eine solche Tätigkeit zur Annäherung von Publikum und Schutzmann beigetragen hat und auf der anderen Seite dem Beamten eine sehr willkommene Abwechslung in seiner Tätigkeit war. In der Regel aber werden wir lieber eigens vorgebildete Hilfskräfte verwenden, wie dies in England (sanitary inspektors — auch weibliche —) schon lange der Fall ist. Etwas Aehnliches hat der unter Leitung von Neisser stehende Frankfurter Verein für Hygiene schon vor einer Reihe von Jahren in der Anstellung von Seuchenschwestern, die dem Kreisarzt unterstellt wurden, bezweckt.

Auch in Berlin sind ähnliche Helferinnen in der Seuchenbekämpfung in Tätigkeit, allerdings als Hilfsorgane der Schulärzte.

Diese Stellen sollten den auf den Wohlfahrtsschulen ausgebildeten Kräften zufallen, die damit auch andere Aufgaben erledigen könnten — fürsorgerische und solche der Krankenkontrolle. Die Gefahr einer Uebertragung ansteckender Krankheiten durch eine Fürsorgerin ist ebensowenig vorhanden oder nicht größer, als die durch den Arzt, der sich auch nicht für jede Krankheit spezialisieren kann, sondern vom Säugling zur Entbindung und von da zum Scharlach gehen muß und umgekehrt, von der Tuberkulose ganz zu schweigen, die noch die harmloseste in diesem Kreislauf ist.

Daß in diesem Zusammenhang auch die Krankenkontrolle genannt wird, geschieht auf das Vorbild von Berlin hin, wo in der bekannten Allgemeinen Ortskrankenkasse die Kontrollbeamten auch Gesundheitsfürsorge ausüben. Genau so gut könnte die Fürsorgerin die Kontrolle der Kranken und der Invaliden übernehmen. Hierdurch würde ihr nicht nur ein sehr viel größeres Ansehen bei gewissen unbelehrbaren Persönlichkeiten — neben manchem weniger Angenehmen — erwachsen, der Gesundheitspflege aber eine wesentliche Unterstützung der hierfür zur Beitragsleistung heranzuziehenden Versicherungsträger, die aber hierdurch eine nicht unbeträchtliche Menge Kosten ersparen würden.

Also Zusammenfassung von Gesundheitspolizei, Gesundheitsfürsorge und Kontrolle der Kranken und Invaliden, besonders für kleinere Gemeinden. In den größeren wird wohl eine Spezialisierung von Aufgaben sich nicht ganz vermeiden lassen. Das Ziel muß aber das Gleiche sein: Fürsorge d. h. Belehrung und möglichst wenig Zwang.

Daß wir hiermit allein nicht zum Ziele gelangen, bedarf keines Wortes; für die Verhütung von Epidemien wird die Absonderung des Kranken im Krankenhaus auf lange Zeit hinaus das wichtigste Mittel sein, bei der unerwarteten Verteuerung ein Ziel, das nicht ganz leicht, und nicht allein auf dem bisherigen Wege erreichbar ist. Ich habe deshalb an verschiedenen Stellen — „Soziale Praxis“, „Ortskrankenkasse“ — folgendes Programm für die Verbesserung der Krankenunterbringung aufgestellt:

Ausdehnung der Versicherungspflicht auf die Familienmitglieder, sowie die von mir als „Versicherungsbedürftige“ bezeichnete Bevölkerungsgruppe, d. h. Familien, die nicht imstande sind, die Kosten für die Unterbringung eines chronisch kranken Mitgliedes ihrer Familie zu tragen, ohne die anderen zu schädigen. Ich ging damals von dem Falle einer tuberkulösen Beamtenfrau aus, die eine Kur bereits hinter sich hatte, eine zweite dringend brauchte; ein Kind war bereits tuberkulös, das andere gefährdet. Der Mann hatte damals ein Einkommen von etwa 4200 M. Die Kur konnte nicht erreicht werden. Man setze jetzt die entsprechenden Einkommenverhältnisse den Kosten des Krankenhausaufenthaltes gegenüber und wird zu einer Grenze kommen, die jetzt etwa bei 30000 M. Einkommen liegt. Nun stelle man sich einmal vor, daß die Frau nicht tuberkulös, sondern geisteskrank wäre, und man male sich das Elend dieser Familie aus.

Eine zweite Verbesserung müßte in der Zusammenfassung der Versicherungsträger in größeren Zweckverbänden liegen, aber zusammen mit der Aerzteschaft, wie ich sie bereits im Jahre 1904 in Königsberg für die Tuberkulose erreichte, in Hamm für die gesamte Gesundheitsfürsorge und hier in Frankfurt a. M. für die Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten (Geschäftsstelle für öffentliche Gesundheitsfürsorge). Um möglichst großen Risikoträger zu erhalten, empfahl ich ferner Zusammenfassung der Zweckverbände in provinzieller Form mit dem Ziel einer Ausgleichskasse für die Provinz und später für das ganze Reich.

Zu diesen Zweckverbänden kämen: Aerzteschaft, Versicherungsträger, Kommunen, bei der Aerzteschaft die drei Gruppen der praktizierenden, der beamteten und der wissenschaftlich tätigen Aerzte, wie dies bereits in dem Ospreußischen Provinzialverband durchzuführen gelang.

Hier wäre auch das eigentliche Gesundheitsparlament geschaffen, auf das sich die gesamte Gesundheitspflege und -fürsorge stützen müßte.

Soll die Gesundheitspolizei bei dem Staate bleiben oder soll sie kommunalisiert werden? Weder das eine, noch das andere; sondern die Selbständigkeit mit Hilfe dieses Parlaments muß unser Ziel sein. Staat und Kommunen sind jetzt unter der Herrschaft von Parteien; Wissenschaft und ausführende Gesundheitspflege vertragen aber keine Beeinträchtigung ihrer Pflichten durch außerhalb ihrer Zwecke liegende Zeitströmungen oder gar Interessen. Gerade aus dem Lande der kommunalisierten Gesundheitspolizei, aus England, kommen die bewegtesten Klagen über die Behinderung der Tätigkeit durch Interessenten. Dazu kommt, daß bei ganz großen Verbänden ein Ausgleich leichter möglich ist, als in einer Kommune, die einmal in der Person des gewählten Beamten einen Fehlgriff getan hat. Zum mindesten soll die Gesundheitspolizei zwar beim Staate

bleiben, aber unabhängig vom Parlament und der politischen Polizei.

Und zum Schluß die Gesetzgebung: Auch hier sollten wir uns die gewerbliche zum Vorbild nehmen, die dem Bundesrate die Befugnisse gab, durch Verordnungen mit Gesetzeskraft, ohne jedesmalige Inanspruchnahme des Parlaments Verbesserungen für gewisse Bezirke, Gewerbe und beschränkte Zeitspannen zu erlassen. Das gilt noch mehr für die Gesundheitspflege mit den wechselnden wissenschaftlichen Anschauungen und wachsenden Erfahrungen. Statt Bundesrat wäre das oben gekennzeichnete Gesundheitsparlament, d. h. Delegierte der Zweckverbände für Gesundheitsfürsorge bezw. einen Geschäftsausschuß, die Behörde, die den Bundesrat zu ersetzen hätte. Dann könnte die ganze Gesundheitsgesetzgebung von Reichswegen in einigen allgemein gehaltenen Paragraphen niedergelegt, die Ausführung aber dem Reichszweckverband überlassen werden.

Die Seuche des Thukydides: Typhus exanthematicus.

Von Dr. med. et phil. Friederich Kanngiesser in Braunfels (Kr. Wetzlar).

Ueber dieses Thema habe ich in der Zeitschr. für Hygiene und Infektionskrankheiten (1916, S. 184 etc.) ausführlich berichtet, nachdem ich mich bereits seit 1911 in kleineren Arbeiten mit dem Gegenstand befaßt habe. Ueber die athenische Seuche ist zwar von sehr vielen geschrieben worden — ich war bemüht, diese Literatur, soweit sie mir nur irgendwie bekannt oder zugänglich wurde, in meinen Schriften zu zitieren — aber meist entweder von Philologen ohne ärztliche Kenntnisse oder von Aerzten ohne philologische Schulung. Bei der Interpretation bezw. Diagnose des attischen λοιμός fordert daher Herr Geh. Hofrat Dr. Jakob Sitzler (Freiburg i. Br.) sehr zutreffend: „Das richtige Wortverständnis ist wesentlich auch durch die nötige Sachkenntnis bedingt; nur wenn beide zusammenwirken, läßt sich Erfolg erwarten. Der Philologe kann nur prüfen, ob die medizinischen Ausstellungen vom sprachlichen Gesichtspunkt aus haltbar sind, der Mediziner, ob die sprachliche Erklärung sachlich möglich ist.“ Als Grundlage zur Bestimmung der Art der Seuche muß zunächst eine diesbezügliche einwandfreie Uebersetzung gewonnen werden. In Anbetracht unserer menschlichen Unvollkommenheit können wir eine solche aber nie ganz erreichen. Eine Annäherung an den Begriff einwandfrei läßt sich aber nur erzielen, indem wir immer und immer wieder an der Uebersetzung herumfeilen und sie der Kritik aussetzen, eingedenk der trefflichen Worte Friedrich Nietzsches: „Man ist nicht umsonst Philologe gewesen, man ist es vielleicht noch; das will sagen ein Lehrer des langsamen Lesens ... Philologie nämlich ist ... eine Goldschmiedekunst und Kennerschaft des Worts, die lauter feine, vorsichtige Arbeit abzutun hat und nichts erreicht, wenn sie es nicht lento erreicht ... Sie selbst wird nicht so leicht irgendwo mit fertig, sie lehrt

gut lesen, das heißt langsam, tief, rück- und vorsichtig, mit Hintergedanken, mit offen gelassenen Türen, mit zarten Fingern und Augen lesen." Obwohl nun, gewiß zu meiner Freude, meine oben zitierte Schrift von dem Thukydides-Forscher Dr. Edmund Lange (Berlin-Friedenau) als eine „außerordentlich wertvolle, offenbar auf den sorgfältigsten Erwägungen und Studien beruhende Arbeit" bezeichnet wurde und Dr. August Heisenberg, Professor der hellenischen Sprache an der Universität München, meine (l. c.) gegebene Uebersetzung des kompetenten Kapitels (Thuk. II 49) mit „sehr gut" zensierte, desgl. Geh. Rat Sitzler meine Fassung dieses Textes „vom philologischen Standpunkt aus als entschieden die beste" bewertete, will ich aus vorerwähnten Gründen eine neue Uebersetzung, bei deren Ausarbeitung ich Vorschläge des verdienstvollen Medikohistorikers und Philologen Reg.-Rat Prof. Dr. Fuchs (Dresden) mit herzlichem Dank an diesen beachtete bezw. verwertete, der Kritik hiermit unterbreiten.

Im zweiten Jahre des sog. peloponnesischen Krieges brach bald nach dem Einmarsch der Spartaner in Attika in der zwischen den athenischen Mauern zusammengeströmten und zusammengedrängten Bevölkerung eine Seuche aus, über deren Symptomatologie Thukydides wie folgt berichtet: „Jenes Jahr war nämlich, wie allgemein zugegeben wurde, bezüglich der sonstigen Krankheiten zufällig gerade das allergesündeste. So aber irgendeiner auch vorher an etwas kränkelte, dann schlug das alles in die Seuche um. Die anderen aber ergriff ohne ein Vorzeichen, vielmehr plötzlich, inmitten ihrer Gesundheit heftige Hitze im Kopf[1]) und Rötung wie Entzündung der Augen[2]), und die inneren Teile, der Rachen und die Zunge, wurden alsbald blutrot[3]) und gaben einen ungewöhnlichen, widerlichen Geruch von sich. Dazu gesellte sich Niesen und Heiserkeit, und in kurzer Zeit stieg das Leiden unter heftigem Husten in die Brust hinab. Sobald es sich auf den Magen warf, kehrte es ihn um;[4]) es stellten sich Gallenentleerungen aller Art[5]) ein, wie sie von den Aerzten (im einzeln) bezeichnet werden. Dies Erbrechen ging unter großen Schmerzen vor sich. Die Mehrzahl befiel ein heftiges Schlucksern[6]), das den Körper stark erschütterte und bei dem einen bald, bei dem anderen erst viel später nachließ. Der äußere Körper war beim Anfassen weder sehr warm, noch war er blaß, sondern etwas

---

[1]) Fieber.

[2]) Conjunctivitis.

[3]) Ob hier die dunkle Rötung der entzündeten Schleimhaut oder Blutungen in die Schleimhaut, sog. Ekchymosen oder Petechien, gemeint sind, sei dahingestellt: der Begriff αἱματώδης bedarf jedenfalls näherer Interpretation.

[4]) Vgl. hierzu das neugr. Wort ἀνακατώνομαι: mir ist übel.

[5]) Die alten Aerzte „scheinen" (ich bitte um Aufklärung) das Erbrochene wohl nach seiner Farbe und nach dem Grad der Verdauung differenziert zu haben.

[6]) Unter λύγξ κενή kann m. E. nur der sog. Singultus verstanden sein.

rot, blutunterlaufen[7]), mit einem Ausschlag[8]) von kleinen Bläschen und Geschwüren bedeckt. Im Innern aber empfanden die Kranken solche Glut, daß sie selbst die leichtesten Kleider und Decken nicht ertrugen, sondern am liebsten nackt waren und sich am liebsten in kaltes Wasser gelegt hätten. Tatsächlich eilten viele (in der Pflege) Vernachlässigte von unstillbarem Durst heimgesucht in die Regenzisternen. Es kam auf dasselbe heraus, ob sie viel oder wenig tranken. Fortwährend aber bedrängte sie die Unmöglichkeit auszuruhen und die Schlaflosigkeit. Der Körper welkte nicht, solange auch die Krankheit auf dem Höhepunkt sein mochte, sondern hielt wider Erwarten den Schmerzen stand, so daß die meisten noch ziemlich bei Kraft am siebten oder neunten Tag an der inneren Glut zu Grunde gingen. Entgingen sie aber dem Tod, dann zog sich die Krankheit in den Unterleib, machte heftige Leibschmerzen[9]) und Durchfälle unverdauter Massen, so daß sehr viele an Entkräftung starben. Denn das Uebel, das am Kopf begann, zog durch den ganzen Körper, und wenn einer das Schlimmste überstanden zu haben schien, so verstümmelte die Krankheit ihn obendrein. Denn sie warf sich auf die Geschlechtsteile, Finger und Zehen; viele kamen mit dem Verlust dieser davon, ja einige wurden blind. Wieder andere wußten vom Augenblick an, wo sie gesund wurden, sich an rein nichts zu erinnern, wußten also (aus der Zeit ihrer Erkrankung)[10]) weder was von sich noch von ihren Angehörigen.

---

7) πελιτνός = lat. lividus: grau zyanotisch: petechiös marmoriert. Erwähnt sei hier, daß Goethe uns in seinem Artikel: „Farbenbenennungen der Griechen und Römer" keine Aufklärung über πελιτνός, auch nicht über ὑπέρυθρον (etwas rot, rötlich) gibt.

8) Dieser Ausschlag wird seiner Beschreibung nach als Variola-Exanthem, d. h. als Pocken gedeutet. Aber ich denke J. J. Winckelmann hat recht, wenn er in seiner Schrift „Gedanken über die Nachahmung der griechischen Werke in der Malerei und Bildhauerkunst" sagt: „Es findet sich in den Schriften der griechischen Aerzte keine Spur von Blattern, und in keines Griechen angezeigter Bildung, welche man bei Homer oft nach den geringsten Zügen entworfen sieht, ist ein so unterscheidendes Kennzeichen, wie Blatterngruben oft sind, angebracht worden." Wäre die athenische Seuche Variola gewesen, dann hätte Thukydides in seiner gewissenhaften und detailierten Schilderung sicher nicht vergessen, dieser entstellenden Pockennarben Erwähnung zu tun, auch hätte er dann wohl auch von dem unerträglichen Juckreiz des Blatternausschlages berichtet.

9) ἕλκωσις (m. E. von ἕλκω ziehen, zerren), möchte ich schon deshalb durch Kolik: d. h. anfallsweise auftretende Leibschmerzen übersetzen, da ich die übliche Uebersetzung der Darmverschwärung bezw. Darmgeschwüre aus dem Grunde nicht akzeptieren mag, weil m. W. damals zu Athen doch keine Sektionen an Leichen von Seuchenerkrankten gemacht worden sind.

10) „Wußten also (aus der Zeit ihrer Erkrankung) weder was von sich noch von ihren Angehörigen." Mit letzterer Uebersetzung befinde ich mich selbst freilich bewußt im Gegensatz zu allen Interpreten, so weit mir bekannt. Doch werde ich in dieser Uebertragung neuerdings unterstützt durch eine Beobachtung von B. Willheim und A. Frisch beim Typhus exanthematicus (Fleckfieber), als welches ich die Seuche wohl erstmals restlos erläutert habe. Diese Autoren schrieben in der Medizinischen Klinik (1917; Nr. 5, S. 119) nämlich u. a. folgende interessante Beobachtung nieder: „Als eine Komplikation fiel diesmal eine merkwürdige Alteration des Gedächtnisses auf, darin bestehend,

In dem Bericht des Diodor über diese athenische Seuche ist die Erkrankung von Frauen und Kindern nicht erwähnt. Auch von Thukydides wird m. W. diesbezüglich nichts Besonderes vermerkt. Es hat das wohl, abgesehen von der sog. „sozialen Stellung“, vielleicht auch darin seinen Grund, daß die Männer am heftigsten bezw. am gefährlichsten von Fleckfieber befallen werden. So behauptet z. B. Erich Martini (in der Deutschen med. Wochenschrift; 1918, Nr. 47), daß die Fleckfiebersterblichkeit unter den Frauen (in seiner Beobachtungsgegend) sowohl der christlichen, als jüdischen Bevölkerung geringer war, als unter den Männern. Auch in der Zeitschrift für Medizinalbeamte (1918, S. 181) erklärt Patschke: „Die Kinder erkranken im Gegensatz zu den Erwachsenen häufig, aber leicht und können das Fleckfieber ambulant durchmachen.“

Für die Uebertragung des Fleckfiebers werden nach Nicolle die Kleiderläuse verantwortlich gemacht, die Schilling zufolge (vgl. Frft. Ztg.; 10. 8. 1916) auch durch den Wind übertragbar sind. F. Weil macht in der Medizinischen Klinik (1917, S. 682) darauf aufmerksam, daß eine der Hauptquellen der Fleckfieberübertragung in dem Geschlechtsverkehr oder doch in der Freundschaft mit Weibern zu suchen sei. Friedberger (Zeitschrift für ärztl. Fortbildung; 1917) bezweifelt die Uebertragung des Fleckfiebers durch Läuse. Hierzu sei bemerkt, daß nach Patschkes Beobachtungen „nur etwa bei der Hälfte sämtlicher Fleckfieberkranken Kleider- und Kopfläuse gefunden wurden“. Allerdings werden Kleiderläuse sehr leicht übersehen, besonders wenn sie vereinzelt auftreten.

Mit der athenischen Fleckfieberseuche so wie sie Thukydides schildert, ist an Schauderhaftigkeit die serbische Epidemie im Weltkrieg (1914—1918) nicht nur vergleichbar, sondern die letztere übertrifft wohl an Schrecken und Opfern auch relativ die erstere. So schreibt Viatorius (Med. Kl.; 1917, S. 29) — ich ergänze das zu Zitaten aus anderen Autoren, die ich anderwärts publizierte — u. a. folgendes:

„Schließlich war niemand da, der die armen an Flektyphus Verstorbenen begraben hätte. In der Nähe der Spitäler gab es oft Berge von Leichen. Manchmal wurden Schwerkranke als Tote weggeschleppt. Ein österreichischer Arzt erzählt, daß aus einem Leichenhaufen auf einmal ein delirierender Flecktyphuskranker aufstand, sein Bedürfnis erledigte und sich wieder auf den Leichenhaufen zurücklegte, meinend, sein Bett aufzusuchen. In manchen Spitälern starben täglich 100 Flecktyphuskranke. Die Kranken kamen oft in so benommenem Zustand an, daß nicht einmal die Namen aufgenommen werden konnten. Zuweilen waren auch alle Kanzleikräfte von der Seuche hinweggerafft worden, so daß schon deshalb jede administrative Tätigkeit entfiel.“

Auf die Flecktyphusgefahr im Weltkrieg habe ich gleich bei dessen Ausbruch hingewiesen, doch wurde meinem Aufsatz von der Münch. Med. Woch. die Aufnahme verweigert, so daß

---

daß manche Kranke in der Rekonvaleszenz über die ganze Dauer der Erkrankung eine Gedächtnislücke aufwiesen und dieses, ohne daß während der Erkrankung eine besonders auffällige Trübung des Bewußtseins vorhanden gewesen wäre.“

ich ihn in der Oesterr. Aerzte-Ztg. (1914, Nr. 19/20) erscheinen ließ. Erst später, am 13. Oktober 1914, wurde in der Münch. Med. Wochenschrift von Nocht darauf hingewiesen: „daß er den Aerzten nicht dringend genug empfehlen könne, sich mit der Symptomatologie des Fleckfiebers bekannt zu machen". Was vor Kriegsbeginn in den medizinischen Lehrbüchern über das Fleckfieber stand, war größtenteils recht unzulänglich; in Deutschland war die Erkrankung zudem nur noch dem Namen nach bekannt gewesen, desgl. in Westeuropa. Daher die athenische Seuche auch restlos Symptom für Symptom als Fleckfieber vor Erscheinen meiner zuständigen Arbeiten (Korr.-Blatt f. Schweizer Aerzte; 1913, Nr. 33 und Klinisch-therapeut. Wochenschrift; 1914, Nr. 2) nirgends interpretiert worden ist. Durchweg wurden und werden ein paar — aber nicht alle — Symptome aus der thukydidëischen Beschreibung herausgegriffen und mit irgendeiner Infektionskrankheit identifiziert. So sehr ich für jede Wortkritik dankbar bin, muß ich von der ärztlichen Kritik, soweit diese die athenische Krankheit diagnostiziert, unbedingt eine restlose Erläuterung aller Symptome verlangen mit Beleg, sei es aus eigener oder fremder Erfahrung. Ich richte diese Bitte auch an Herrn Kollegen P. Richter, der die athenische Seuche für Milzbrand hält, aber bis heute nicht erklärt hat, welche Form des Milzbrandes er meint (der sog. Darmmilzbrand, an den entfernt gedacht werden könnte, führt in der Regel in 2 bis 3 Tagen zum Tode: vgl. Rothschild, Med. Kl.; 1918, S. 1160), wo Milzbrand jemals periphere Gangrän gemacht und zur Zerstörung des Augenlichtes geführt hat. Das letztere glaubt Herr Richter dadurch zu beweisen, daß ein Milzbrandkarbunkel des Augenlides beim Tier, den Herr R. bloß an einer Moulage sah, nur unter Vernichtung der Sehkraft heilen könne. Das ist eine Vermutung, die durch nichts bestätigt ist. Ich kann in dem eingehenden Aufsatz über Milzbrand beim Vieh in Hutyras und Mareks spezieller Pathologie und Therapie der Haustiere (Jena; 1910, Bd. I, S 1—32) darüber nichts finden. Ferner veröffentlichte R. Hilbert im Zentralblatt f. prakt. Augenkeilkunde (Okt.-Heft, 1883) einen Aufsatz: „Ein eigentümlicher Fall von Spontangangrän der Lidhaut beim Menschen, der vollständig ausheilte. Die Vermutung des Herrn P. Richter ist also sehr schwach fundamentiert; vgl. den Schluß von einem Tierlid einer Moulage aufs Menschenauge!

Die jüngste Arbeit über den Loimos erschien in der neugriechischen Zeitschrift „Jatriki Proodos" (1918 [?], S. 401—405). Ihr Verfasser, G. Katsas, hält den Loimos für Blutpest. Er versteht unter den Tetrapoden des Thukydides Mäuse, die gleichfalls an Pest zugrunde gingen. Doch ist II 50 nur von alimentären Intoxikationen durch Aasgenuß, nirgends aber von einer Epizootie: d. h. Tierseuche die Rede. Auch würde Thukydides die Mäuse doch einfach mit dem üblichen Wort: „μῦς" bezeichnet haben, wie man denn m. W. sowohl im alt-,

wie neugriechischen unter Tetrapoden nur größere Tiere versteht. Uebrigens ist sog. Blutpest (Pestsepticämie) manchmal schon innerhalb 24 Stunden, in der Regel aber am zweiten oder dritten Tag tödlich verlaufend (vergl. Scheube: Die Krankheiten der warmen Länder; 1910, S. 275). Ich verbleibe daher bei meiner erstmals 1910 in der Med. Klinik aufgestellten Ansicht, die auch neuerdings von Moon (in der englischen Zeitschrift Lancet 9. Nov. 1915) vertreten wird, daß die thukydidëische Seuche Typhus exanthematicus: d. h. Kriegstyphus war, neben Schrecken und Hunger einer der Trabanten des Ares.

Vergiftung mit Benzinersatz (Benzinoform).

Von Medizinalrat Dr. Curtius, Kreisarzt in Stendal.

Ein über 13 Jahre altes, sehr kräftiges Schulmädchen hatte aus einer 30 g-Flasche Benzinersatz, von dem eine nicht näher feststehende Menge zur Wundbehandlung gebraucht war, anscheinend in selbstmörderischer Absicht getrunken. Vorher hatte sie um 12 Uhr reichlich Mittag gegessen, um 5 Uhr nachmittags wurde sie, auf dem Bauch liegend, tot aufgefunden. Die Leichenöffnung fand nicht volle zweimal 24 Stunden nach dem Tode statt; da die Leiche außerdem im Kalten gelegen hatte, war sie noch ganz frisch.

Der Befund war folgender:

1. Bläulich-violette Flecken am ganzen Rücken; nur vorne am Hals und zwischen den Oberschenkeln waren die Totenflecke etwas rot.

2. Beide Ohrspeicheldrüsen-Gegenden waren deutlich verdickt, aber nicht so stark wie bei Ziegenpeter. Ohrspeicheldrüsen blau-grau-rot, verdickt, ohne Blutergüsse.

3. An beiden Nasenöffnungen angetrocknetes Blut. Beim Umdrehen der Leiche floß viel rötliches Blutwasser aus der Nase ab.

Außen und innen am Magen, Därmen, Leber — die sehr wenig Blut enthielt — nichts Besonderes.

4. Das ganz mattblauviolette Herz war mit nur flüssigem Blut stark gefüllt. Dieses hatte eine dunkel kirschrote Farbe und machte einen lackartigen Eindruck. Im rechten Herzen waren 64 ccm, im linken 40 ccm Blut enthalten, auch floß beim Abschneiden des Herzens recht viel Blut in den Herzbeutel. Nach nicht langem Stehen setzte sich oben auf dem Blut eine weißlich-grau opaleszierende Schicht ab.

5. Die Lungen reichten bis in den 4. Zwischenrippenraum, der Herzbeutel lag an der Basis 9 cm frei und reichte bis zum oberen Rande der 3. Rippe.

Der Oberlappen der linken Lunge war gänzlich mit dem Rippenfell verwachsen, weniger stark der Unterlappen.

An der rechten Lunge fanden sich vorne zahlreiche, unregelmäßig gestaltete mehr rundliche Flecke von der Größe eines Fingernagels und darüber, aber auch kleinere. Am meisten zeigten sie sich vorne am Mittellappen und an seinen Seitenflächen. Die Flecke hatten eine dunkel blauviolette Farbe; darüber und 3—10 mm unter ihnen lagen stark nicht so intensiv gefärbte Blutextravasate. Auch mitten im Gewebe des mittleren Lungenlappens waren diese Blutaustretungen vorhanden, so daß die Schnittfläche eine entfernte Aehnlichkeit mit dem Bilde eines melanotischen Sarkoms hatte, jedoch waren die veränderten Lungenteile nicht ganz so schwarz.

Die Blutaustretungen fanden sich, abgesehen von unterhalb der dunkelblauvioletten Flecke der Lungenoberfläche, auch sonst in der Lunge. Bei

Druck auf die Lungen trat aus den Schnittflächen viel dunkel kirschrotes Blut, aber nur vereinzelt ganz wenig Luftbläschen aus.

In den Luftröhrenästen befand sich viel dunkelkirschroter, luftblasenhaltiger Schleim; die Schleimhäute der Luftröhrenäste waren bordeauxrot, auch wie geschwollen.

An der linken Lunge fanden sich gar keine dunkelblaurote Flecke an der Oberfläche und keine Blutaustretungen im Gewebe. Aus den Schnittflächen entleerte sich aber auch viel Blut und sehr wenig lufthaltiger Schleim. Die Luftröhrenäste und ihr Inhalt waren wie rechts.

6. Die Kehlkopfschleimhaut und die Schleimhaut der Luftröhre hatten einen schmutzig grauvioletten Farbenton. (Die Farbe läßt sich schlecht beschreiben, sie hatte eine Aehnlichkeit mit der neuen Fünfzehnpfennig-Marke, nur etwas dunkler und verwaschener im Ton.) Auch enthielten sie Schleim von ähnlicher Farbe.

7. Die Schleimhaut der Speiseröhre hatte sich an verschiedenen Stellen abgehoben und löste sich unter dem darüberstreichenden Finger an verschiedenen Stellen ab, so daß ausgedehnte Substanzverluste der Schleimhaut entstanden.

8. Die Nieren hatten eine dunkel kirschrote Farbe.

9. Das Gehirn machte einen ausgesprochen blutarmen Eindruck.

10. Die Blutbeschaffenheit war überall die gleiche.

Da es mir an Zeit und Literatur fehlt, über die Vergiftungssymptome von Benzinoform nachzulesen und ich im Schmidtmannschen Lehrbuch die Notiz fand, daß Benzin- und Benzolvergiftungen ähnliche Erscheinungen machen, nehme ich von dem Benzinoform das Gleiche an und verweise auf die Abhandlung von San.-Rat Dr. Stuelp in Nr. 14 der Med. Beamten-Zeitschrift; 1919.

Benzinoform ist, so wie es jetzt geliefert wird, nicht ein gleichmäßig zusammengesetzter Körper; denn nach der Angabe eines Apothekers soll sein spezifisches Gewicht sehr schwanken. Ob die Giftwirkung je nach der Zusammensetzung der Flüssigkeit verschieden ist, weiß ich nicht. Ein stark mit Speisebrei gefüllter Magen wird ja weniger unter dem Gift leiden, als ein leerer.

Die Veränderungen an den Lungen und den Schleimhäuten der Luftröhrenäste halte ich für außerordentlich charakteristisch und möchte glauben, daß man aus diesem Befund die Vergiftung allein diagnostizieren kann. Alles andere hat, abgesehen von der Blutbeschaffenheit nur untergeordneten Wert.

Ob die Schwellung der Ohrspeicheldrüsen irgend etwas zu bedeuten hat, kann ich nicht sagen, sondern nur soviel angeben, daß weder am Ort, noch bei den andern Geschwistern der Verstorbenen Ziegenpeter bestanden hat. Tags zuvor hatte das Kind noch gesund die Schule besucht und war am Vormittag des Todestages aus wirtschaftlichen Gründen schulfrei.

Auffallend ist das Fehlen der dunkelblau violetten Flecke an der Oberfläche und der herdförmigen Blutaustretungen im Gewebe der linken Lunge. Ob das auf die ausgedehnten Adhäsionen oder auf andere Gründe zurückzuführen ist, vermag ich nicht zu beurteilen. Ich möchte annehmen, daß die Giftwirkung des in den Lungen verdunstenden Benzinoforms die Schleimhäute sehr reizt; deshalb kann es möglich sein, daß

im vorliegenden Falle die Giftwirkung in der ausgiebig atmenden rechten Lunge mehr zur Wirkung gekommen ist, als in der schwächer atmenden linken. Es ist ja außerdem auch möglich, daß das Kind im Beginn der Erstickung mehr auf der linken Lunge gelegen hat.

Vielleicht ist der Tod durch diese Giftreihe (Benzin, Benzol, Benzinoform etc.) überhaupt veranlaßt durch eine Erstickung durch akute Schwellung der feineren Luftröhrenverzweigungen infolge Verdunstung der Giftstoffe in den Lungenkapillaren. Für eine Erstickung durch akute Schwellung der Schleimhaut in den feineren Luftröhrenästen spricht der ganz auffallend geringe Luftgehalt der Lungen. Für die Erstickung sprechen auch die Beschaffenheit des Blutes und die Blutfülle der Brustorgane.

Ekzem als mittelbare Unfallsfolge?

Von Prof. Dr. G. H. Sieveking-Hamburg.

Die ledige K. J., $19^1/_2$ Jahre alt, geriet vor 8 Wochen beim Reinigen einer Schnellpreßmaschine in der Buchdruckerei Gebr. L. mit ihren Röcken in eine unter dem Tisch laufende, nicht genügend geschützte Transmission. Sie stemmte mit aller Kraft die Kniee gegen den Tisch, so daß ihr nur „die Kleider bis zur Taille buchstäblich vom Leibe gerissen wurden", blieb aber sonst völlig unverletzt. Mit dem heftigen Schrecken allein ist sie aber anscheinend nicht davon gekommen. Denn sie erkrankte angeblich unmittelbar danach mit „Flechten" an Armen, Brust und Gesicht, letzteres schwoll an. Sie wurde längere Zeit kassenärztlich behandelt. Heute, nach etwa acht Wochen, findet sich bei dem kräftig gebauten und gut genährten Mädchen, das angeblich früher nie so etwas gekannt hat und keine besonders zarte oder empfindliche Haut aufweist, eine auffällige Marmorierung der Haut mit feiner Schuppung im Gesicht, an den Oberarmen (Brustseite) und an der Innenseite des linken Oberschenkels. Die Frage, ob ein ursächlicher mittelbarer oder unmittelbarer Zusammenhang bestehe, habe ich vorbehaltlich richtiger Berichterstattung bejaht. Ein Angestellter behauptet, der Hautauschlag habe bei der K. J. schon vorher bestanden. Das jetzt nachzuprüfen, ist natürlich unmöglich. Ich halte es aber für wohl denkbar, daß ein heftiger Schrecken solches Exzem auslöst oder ein vorhandenes verschlimmert. Beim Ekzem spielen doch zweifellos nervöse Einflüsse eine große Rolle. Die Literatur äußert sich über die Beziehungen zwischen Unfall und Ekzem nur sehr zurückhaltend und allgemein; gut beobachtete Fälle verdienen daher wohl veröffentlicht zu werden. Für die Versicherungsträger ist die Frage unter Umständen von Bedeutung.

Aus Versammlungen und Vereinen.

Bericht über die am 23. Januar d. J. in Stuttgart abgehaltene Ausschusssitzung des Württembergischen Medizinalbeamtenvereins.

An dieser Sitzung nahmen teil: als Regierungsvertreter Ministerialrat Dr. v. Scheurlen und die Ausschußmitglieder Gnant, Haag, Köstlin, Schott, Schwarzkopf und Zöppritz.

1. Dienstaufwandsentschädigung der Oberamtsärzte. Der Vorsitzende, Obermedizinalrat Dr. Köstlin, gab dem Ausschuß Kenntnis von einem Erlaß des Ministeriums des Innern vom 24. Dezember 1920, in dem unter Bezugnahme auf die Eingabe des Medizinalbeamtenvereins vom 10. Dezember v. J., Entschädigung für Kanzleibedürfnisse betreffend, der Verein zur Begründung seiner Eingabe um Mitteilung eines ins einzelne gehenden Nachweises des den Oberamtsärzten entstehenden Aufwandes ersucht wurde. Daraufhin hat der Ausschuß beschlossen, diesen Nachweis folgendermaßen zu geben:

a) für vollbesoldete Oberamtsärzte:

1.	für Miete der Diensträume	800 M.
2.	für Heizung der Diensträume	600 „
3.	für Beleuchtung der Diensträume	200 „
4.	für Aufwartung der Diensträume	400 „
5.	für Schreibmaterialien, Schreibhilfe, Einbindenlassen von Regierungs- und Amtsblättern u. dergl.	500 „
	zus. . .	2500 M.

b) für nicht vollbesoldete Oberamtsärzte 3/5 dieses Betrages; dabei sei noch zu bemerken, daß sich diese Zahlen je nach der Verschiedenheit der einzelnen Stellen im einzelnen gegeneinander etwas verschieben können, daß sie aber als Durchschnittszahlen für die Zeit der Stellung des Antrags auf der letzten Jahresversammlung der damaligen Preislage im allgemeinen als entsprechend haben angesehen werden können. Nun sei aber seither wieder beinahe ein Jahr vergangen, und da im Laufe dieses Jahres die Preise gerade für die wichtigsten Kanzleibedürfnisse, für Heizung, Beleuchtung und Schreibmaterialien wieder eine erneute und ganz unverhältnismäßig große Steigerung erfahren haben, so können die damals unserem Antrag zugrunde gelegten Zahlen den heutigen Preisverhältnissen in keiner Weise mehr als entsprechend angesehen werden, weshalb wir uns genötigt sehen, jetzt schon um eine 50 prozentige Teuerungszulage zu der, damals von uns beantragten Dienstaufwandsentschädigung zu bitten.

Dieser Beschluß des Ausschusses wurde dann sofort dem Ministerium des Innern in Vorlage gebracht.

II. Steuerfragen. Da sich in letzter Zeit mehrfach Zweifel bezüglich der Besteuerung des Einkommens der Oberamtsärzte erhoben hatten, so hat sich der Vorsitzende persönlich an den Vorstand des Stuttgarter Finanzamtes, Herrn Direktor Moser, gewendet und hat diesen um Aufklärung hierüber gebeten, worauf ihm folgender Bescheid gegeben wurde:

Die Gebühren, welche die Oberamtsärzte für gerichtsärztliche und polizeiärztliche Verrichtungen, sowie halbamtsärztliche Gutachten und Zeugnisse für Berufsgenossenschaften, Versicherungsanstalten und private Personen erhalten, unterliegen, da sie einen Teil des amtlichen Einkommens der Oberamtsärzte ausmachen, nicht der Umsatzsteuer, sondern der Einkommensteuer. Die Oberamtsärzte haben also bei ihrer Steuererklärung auf Grund ihres Gebührentagebuchs den Betrag anzugeben, den sie im Laufe des Kalenderjahres 1920 an solchen Gebühren erhoben haben, worauf dann die Höhe des Steuerabzuges von der Steuerbehörde festgesetzt wird; außerdem haben aber die nicht vollbesoldeten Oberamtsärzte aus dem Ertrag ihrer Privatpraxis die gleiche Umsatzsteuer zu entrichten, wie die Privatärzte; Diäten- und Reisekosten, sowie die Entschädigung für Kanzleikosten seien selbstverständlich steuerfrei.

III. Jahresversammlung. Es wurde beschlossen, den Termin für die diesmalige Jahresversammlung auf die zweite Hälfte des Mai, voraussichtlich Sonntag, den 22. Mai anzusetzen, und zwar soll die Versammlung schon um

10 Uhr vormittags beginnen; womöglich solle, abgesehen von der Erörterung wirtschaftlicher Fragen, auch einmal wieder ein wissenschaftliches Thema auf die Tagesordnung gesetzt werden; in Aussicht genommen wurde hierfür in erster Linie ein Referat über die Tübinger Typhusepidemie.

Die Kollegen werden gebeten, etwaige Wünsche und Anträge für die Festsetzung der Tagesordnung dem Vorstand rechtzeitig mitzuteilen. Der bestimmte Termin der Versammlung und die Tagesordnung werden später noch im Korr.-Blatt bekanntgegeben werden. Dr. Köstlin.

Kleinere Mitteilungen u. Referate aus Zeitschriften.

A. Gerichtliche Medizin.

Gerichtsarzt und soziale Hygiene. Von Dr. Döllner-Duisburg. Aerztliche Sachverständigen-Zeitung; 1920, Nr. 12.

Verfasser tritt lebhaft für eine Erweiterung des Aufgabenkreises des preußischen Gerichtsarztes ein. Er fordert eine wesentliche Beteiligung bei der sozialen Hygiene und sucht den Nachweis zu führen, daß der Gerichtsarzt ganz besonders vermöge seines Amtes berufen ist, sozialhygienisch zu wirken bei der Bekämpfung der Tuberkulose (hohe Zahl der Tuberkulösen in den Gefängnissen), der Geschlechtskrankheiten, des Alkoholismus.

In einer für den Gerichtsarzt aufzustellenden Dienstanweisung sollte nicht vergessen werden, die Bestimmung aufzunehmen, daß er wöchentlich eine Beratungsstunde für die Familienangehörigen der in Untersuchung oder Strafe Stehenden, für Vormünder usw. abzuhalten hat. In dem von den Medizinalbeamten geforderten „Medizinalamt" einer Provinz soll auch ein Gerichtsarzt sein, ebenso wie die Zentralinstanz einen gerichtlich-medizinischen Fachmann haben muß. Dr. Solbrig-Breslau.

B. Sachverständigentätigkeit in Unfall-, Invaliditäts- und Krankenversicherungssachen.

Absichtlich hervorgerufene Haut- und Geschlechtskrankheiten bei Soldaten. Von Professor Fr. Juliusberg-Braunschweig. Aerztliche Sachverständigen-Zeitung; 1920, Nr. 12.

Es handelt sich um ein Sammelreferat nach deutschen, österreichischen italienischen Arbeiten aus der Kriegszeit. Diese Simulationen haben einen erheblichen Umfang angenommen, die zur Anwendung kommenden Mittel sind recht mannigfach. Die Beweisführung ist immer eine schwierige.

Dr. Solbrig-Breslau.

Aerztliche Schiedsgerichte. Von Gerichtsassessor Dr. Zimmermann-Essen. Justiziar der Süddeutschen Eisenbahn-Gesellschaft. Aerztliche Sachverständigen-Zeitung; 1920, Nr. 11.

Aerztliche Schiedsgerichte mit dem Recht endgültiger Entscheidung in Rentensachen empfiehlt Verfasser, da auf diese Weise schnell und zweckmäßig die Entschädigungsverfahren zum Besten der Verletzten erledigt werden können (bei Unfallneurosen!). Ferner tritt er dafür ein, daß eine Abfindung der Kranken in geeigneten Fällen auch gegen dessen Willen möglich ist.

Es ist bemerkenswert, daß diese Vorschläge aus juristischen Kreisen kommen! Dr. Solbrig-Breslau.

C. Bakteriologie und Bekämpfung der übertragbaren Krankheiten.

1. Seuchenbekämpfung im allgemeinen.

Die Bekämpfung ansteckender Krankheiten auf dem Lande. Von Bezirksarzt Dr. Seiderer. Der Landarzt; 1920, Nr. 22.

Der Verfasser macht den wohl allen beamteten Aerzten aus dem Herzen gesprochenen Vorschlag, die Anzeigen direkt an den beamteten Arzt zu richten; auf diese Art wird mehr erreicht und Zeit gespart. Dr. Wolf-Hanau.

34. Jahrg. Nr. 9 | 5. Mai 1921

ZEITSCHRIFT FÜR MEDIZINALBEAMTE

Zentralblatt

für das gesamte Gebiet der gerichtlichen Medizin und Psychiatrie, des staatlichen und privaten Versicherungswesens, sowie für das Medizinal- und öffentliche Gesundheitswesen, einschl. der praktischen und sozialen Hygiene.

Herausgegeben von

Prof. Dr. Otto Rapmund

Geh. Med.-Rat in Bad Lippspringe.

Offizielles Organ des Deutschen, Preussischen, Bayerischen, Sächsischen, Württembergischen, Badischen, Hessischen, Mecklenburgischen, Thüringischen und Braunschweigischen Medizinalbeamtenvereins.

Eine Beilage: Rechtsprechung und Medizinalgesetzgebung

Bezugspreis für das Jahr: 30 M, durch die Post bezogen: 32 M.

VERLAG VON FISCHER'S MEDIZ. BUCHHANDLUNG H. KORNFELD,
Berlin W. 62, Keithstraße 5.

Geschäftsstelle und Versand für die Mitglieder des Medizinalbeamtenvereins durch J. C. C. BRUNS, Buchdruckerei, MINDEN i. WESTF.

Alleinige Anzeigen-Annahme und verantwortlich für den Anzeigenteil: HANS PUSCH, BERLIN SW. 48, Wilhelmstraße 28.

Personalien.

Deutsches Reich und Preussen.

Auszeichnungen: Verliehen: Die Rote Kreuz-Medaille III. Kl.: dem Kreisarzt Dr. Neubelt in Eisleben.

Ernannt: Geh. Med.-Rat Prof. Dr. Uhlenhuth in Berlin zum Direktor des Hygienischen Instituts der dortigen Universität, Stabsarzt a. D. Dr. Hadlich in Opladen zum kommissarischen Kreisarzt in Marienberg (Westerwald), Kreisassistenzarzt Dr. Viereck in Marburg zum kommissarischen Kreisarzt in Gummersbach, Kreisassistenzarzt Dr. Ammenhäuser zum kommissarischen Kreisarzt in Westerburg und Dr. Dreising zum Kreisassistenzarzt für die Kreise Bielefeld Stadt und Land und Halle i. W., Assistent des Hygienischen Instituts in Göttingen Dr. W. Rosenthal zum Kreisassistenzarzt der Kreise Münden und Göttingen Stadt und Land, Stadtassistenzarzt Dr. A. Springfeld in Duisburg zum Kreisassistenzarzt in Opladen, der bisherige ordentl. Honorarprofessor Dr. Hildebrandt in Marburg zum ordentlichen Professor.

Versetzt: Die ordentl. Professoren Geh. Med.-Rat Dr. Puppe in Königsberg i. Pr. und Geh. Med.-Rat Dr. Wollenberg in Marburg in gleicher Eigenschaft an die Universität Breslau, die Kreisärzte Med.-Rat Dr. Feige in Marienburg (Westpreußen) nach Spandau, Dr. Liedtke in Wohlau als ständiger Hilfsvertreter an die Regierung in Arnsberg, Dr. Dyrenfurth in Marggrabowa und Dr. Hommerich in Montjoie als Gerichtsärzte nach Berlin, Dr. Kschischo in Angerburg als ständiger Hilfsarbeiter an das Polizeipräsidium in Berlin, Dr. Lorenz in Nimptsch als ständiger Hilfsarbeiter an die Regierung in Breslau, Med.-Rat Dr. Hopmann von Briesen (Westpr.) nach Lüchow, Med.-Rat Dr. Jaeckel von Samter nach Lauban, Med.-Rat Dr. v. Mach von Bromberg nach Guben, Geh. Med.-Rat Dr. Schaefer von Gumbinnen nach Siegburg, Dr. Sorge von Lüchow nach Celle, Dr. Sueßmann von Wipperfürth nach Siegen.

(Fortsetzung der Personalien auf der sechsten Seite des Umschlags.)


VEREINIGTE CHEMISCHE FABRIKEN
TEMMLER
TEMMLER
WERKE
DETMOLD

34. Jahrg. **Zeitschrift** 1921.

für

MEDIZINALBEAMTE

Zentralblatt

für das gesamte Gebiet der gerichtlichen Medizin und Psychiatrie, des staatlichen u. privaten Versicherungswesens, sowie für das Medizinal- u. öffentliche Gesundheitswesen, einschl. der prakt. u. sozialen Hygiene

Herausgegeben

von

Prof. Dr. Otto Rapmund

Geh. Med.-Rat in Bad Lippspringe.

Offizielles Organ d. Deutschen, Preußischen, Bayerischen, Sächsischen, Württembergischen, Badischen, Hessischen, Mecklenburgischen, Thüringischen u. Braunschweigischen Medizinalbeamtenvereins

Verlag von Fischer's med. Buchhandlung H. Kornfeld

Herzogl. Bayer. Hof- u. K. u. K. Kammer-Buchhändler

Berlin W. 62, Keithstrasse 5

Nr. 9.	Erscheint am 5. und 20. jeden Monats	5. Mai.

Das Altersgrenze-Gesetz und die Medizinalbeamten.

Von Geh. Med.-Rat Dr. Borntraeger-Düsseldorf.

Das preußische Gesetz betreffend Einführung einer Altersgrenze für Beamte vom 15. Dezember 1920 hat auch eine größere Anzahl von Medizinalbeamten getroffen. Es verlohnt sich daher wohl eine Besprechung.

§ 1 des Gesetzes lautet:

„Unmittelbare Staatsbeamte treten mit dem auf die Vollendung des 65. Lebensjahres zunächst folgenden 1. April oder 1. Oktober kraft Gesetzes in den Ruhestand."

Dazu § 10:

„Dieses Gesetz tritt mit dem 1. April 1921 in Kraft und findet zu diesem Zeitpunkt auch auf diejenigen Beamten Anwendung, die die Altersgrenze bereits überschritten haben."

Damit soll das altbewährte preußische Beamtenrecht, das dem Staate in fortlaufender Reihenfolge Diener geschaffen hatte, die ihresgleichen in der Welt suchen konnten, beseitigt bezw. wesentlich eingeengt werden: Bisher diente der Beamte auf Lebenszeit, sofern seine Kräfte es gestatteten; er konnte gegen seinen Willen nur dann aus dem Staatsdieste entfernt werden,

wenn entweder seine geistigen oder körperlichen Fähigkeiten nicht mehr ausreichten, oder wenn er sich seines Standes unwürdig erwiesen hatte; in allen Fällen schützte ihn jedoch ein wohlgeordnetes Disziplinarverfahren vor Willkür und vor Härte. Die Vollendung des 65. Lebensjahres gab dem Beamten selbst zwar das Recht, ohne weiteres seine Versetzung in den Ruhestand zu verlangen; zur Entlassung wider seinen Willen aber war auch die pflichtmäßige Erklärung des zuständigen Vorgesetzten erforderlich, daß der Beamte körperlich oder geistig zur Erfüllung seiner Amtspflichten nicht mehr fähig sei, und der Beamte hatte hiergegen sein volles Einspruchsrecht und konnte die Erbringung des Beweises für die Richtigkeit jener Vorgesetzten-Erklärung verlangen, widrigenfalls er in seiner Stellung verbleiben konnte.

Das soll nun vorbei sein, das Lebensalter soll endgiltig entscheiden; auch der leistungsfähigste Beamte soll sein Amt niederlegen müssen, sobald der Zeiger seiner Lebensuhr die Vollendung des 65. Lebensjahres anzeigt.

Das Urteil über das neue Gesetz wird unter den Beamten allgemein wie im besonderen unter den Medizinalbeamten geteilt sein. Diejenigen, die eine Reihe von Vorderleuten verlieren und zufolge deren Ausscheidens in höhere oder bessere oder überhaupt in freigewordene Stellen einrücken, werden frohlocken — bis das Gesetz auch sie über kurz oder lang am Kragen nimmt und hinaussetzt; diejenigen, die sich mit den neuen Verhältnissen nicht mehr recht abfinden können, Nebenstellen auch noch nach ihrem Abgange behalten oder sonst sicher zu leben haben, werden dem Gesetze nicht besonders gram sein, das ihnen den immerhin etwas schweren Entschluß des Amtsniederlegens abnimmt. Die zahlreichen Beamten aber, die sich noch voll leistungsfähig fühlen, die vor dem Nichtstun zurückschrecken, die noch bestimmte Aufgaben erfüllen wollten, und die von dem Absturz in ihren Einnahmen hart betroffen werden, derart, daß sie ihre Lebenshaltung ganz wesentlich einschränken müssen und doch nicht wissen, wie sie in den heutigen teueren Zeiten mit ihrer Familie werden durchkommen können — sie sind die beklagenswerten Opfer dieses neuen Gesetzes und um so beklagenswerter, als das Verhängnis mit einer so rücksichtslosen Schnelligkeit über viele von ihnen hereingebrochen ist, wie sie in dem früheren „Obrigkeitsstaate“ undenkbar gewesen wäre. Innerhalb noch nicht dreier Monate müssen sie ihre ganze Lebensführung umstürzen — und das in heutiger Zeit, wo Wohnungen nicht zu haben sind und ein Umzug ein kleines Vermögen kostet — sofern sie überhaupt rechtzeitig ihre Wohnung kündigen konnten.

Wie aber urteilt derjenige, der sich gewöhnt hat, Gesetze nicht nur danach abzuschätzen, welche augenblicklichen Vorteile oder Nachteile sie ihm selbst bringen, sondern danach, wie sie auf das allgemeine Wohl wirken? Er muß das neue Gesetz auf das tiefste beklagen! Welch eine Menge von an-

erzogener Pflichttreue und angesammelter Erfahrung geht nicht dem preußischen Verwaltungskörper mit den zahlreichen zwangsweise zur Ruhe gesetzten alten Beamten, und zwar besonders gehäuft an diesem einen 1. April 1921 auf einmal, verloren! Wieviel Arbeitsfreudigkeit und Leistungsfähigkeit wird nicht erzwungen ausgeschaltet, brach gelegt und zur Untätigkeit verdammt! Wie völlig verkehrt ist es, auch volkswirtschaftlich, auf die Mitarbeit aller dieser noch voll produktiven Köpfe mit einem Schlage zu verzichten, dafür zugunsten ihrer nun nichts mehr leistenden Träger den Pensionsfond aufs höchste anzuspannen, und das alles in einem schon sowieso schwer finanzkranken Staatswesen! In wie ungesunder Weise wird hier die Zahl der am Volksvermögen zehrenden, selbst nichts schaffenden Rentner vermehrt! Und dabei gleichzeitig: welches Maß von Unzufriedenheit, Verdrossenheit und Erbitterung wird künstlich erzeugt! Und endlich, welche Stockung, ja, welche Erschütterung muß es doch dem Verwaltungswesen bringen, wenn an einem einzigen Tage plötzlich so und so viele Stelleninhaber verschwinden und durch Neulinge ersetzt werden, die noch nicht eingearbeit, ja, wohl gar noch nicht zur Stelle sind! Es ist das Volksganze, das diesen Schaden und diese Unannehmlichkeiten auszustehen hat — alles auf dem Gebiete des Medizinalwesens wie in der Verwaltung allgemein.

Wie konnte es zu diesem unheilvollen Gesetze kommen? Wer die Verhandlungen in der preußischen Landesversammlung verfolgt hat, der weiß die Entstehungsursache: sie liegt einzig und allein auf parteipolitischem Gebiete. Dieselben Parteirichtungen, die nunmehr seit Jahrzehnten, ja, man kann sagen, zum Teil seit über einem Jahrhundert das ebenso stolze wie volksfreundliche und volkshebende Gebäude des Hohenzollernschen Staatswesens berannt haben, die sich an Bemängelungen des preußischen „Bürokratismus" nicht genug tun konnten, die ihre Ideale in den Einrichtungen der fremden Weststaaten erblickten und dementsprechend während des Weltkrieges einen wirklichen deutschen Siegeswillen nicht duldeten, die mit einer gewissen Genugtuung das deutsche Volksheer verschwinden sahen, dieselben übrigens auch, aus deren Reihen die Anschuldigung wegen angeblichen „Versagens" der Kreisärzte erhoben wurde, dieselben endlich, die vor nunmehr 26 Jahren dem Gründer des Deutschen Reiches die Ehrung zu seinem 80. Geburtstage im Reichstage versagten — dieselben sind es auch, die nunmehr der Ueberlieferung im altpreußischen Beamtentum einen Schlag versetzen wollten. Darüber muß sich jeder preußische Medizinalbeamte klar sein, zu welcher politischen Partei er sich auch rechnen möge. Das Gesetz vom 15. Dezember 1920 ist ein Teil des Kampfes der auf fremdem Boden entstandenen, verständnismäßig ausgedachten politischen Anschauungsweise vom Staate gegenüber dem bodenständigen, auf Erfahrung und deutscher Menschenkenntnis weise aufgebauten preußischen Verwaltungswesen, das so herrliche Früchte ge-

tragen hat. Es ist reizvoll zu betrachten, wie ein schnurgrader Weg von jenem 1. April 1895 mit seiner Bismarck-Verleugnung zum 1. April 1921 mit seinen Beamtenentlassungen führt. Ist doch bei den Landtagsverhandlungen vom Regierungstische mit unmißverständlicher Deutlichkeit erklärt worden, das neue Gesetz soll dazu dienen, die Zahl der in den alten Anschauungen fußenden Beamten im Verwaltungskörper zu vermindern und diese durch solche neuerer Richtung zu ersetzen.

Ob dieser Wunsch den Erfolg haben wird, den Geist unserer Beamtenschaft zu ändern? Ich kann es mir nicht recht denken und will es zugunsten unseres Volkes auch nicht hoffen. Es bleiben nach dem Abgange der Aeltesten noch zu viele im alten preußischen Geiste Erzogene aller Arten und Grade übrig, auf deren Tätigkeit gerade es zurückzuführen ist, wenn trotz aller Wirrnisse der letzten beiden Jahre die Staatsmaschine noch einigermaßen geordnet weiterläuft; sie alle sind stolz auf ihr altes Beamtentum und denken nicht daran, ihre Eigenart aufzugeben; es müßte deshalb um die Intelligenz der Neulinge ganz besonders schlecht bestellt sein, wenn sie die Ueberlegenheit jener nicht auf sich wirken ließen und ihre Eigenschaften nicht allmählich, wenn auch oft widerwillig und unbewußt, mehr oder weniger annähmen. Insbesondere auch unter den Medizinalbeamten scheint mir, wenn ich richtig sehe und zutreffend unterrichtet bin, in der weit überragenden Mehrheit ein gesunder Geist alter bester preußischer Gesinnung, Pflichtreue, Vaterlandsliebe und Unparteilichkeit, auch unter den jüngeren Mitgliedern, vorhanden zu sein, so daß der erzwungene Aderlaß am ältesten Stamme hoffentlich ohne Schaden für das Ganze überwunden werden wird.

Schreiber dieses ist nicht sein ganzes Leben lang reiner Beamter gewesen, also nur einseitig unterrichtet. Nein, ich habe mir den Wind an verschiedenen Stellen um die Nase gehen lassen, bin weit in der Welt umhergekommen und habe auch Einblicke in die Verwaltungen anderer Länder tun dürfen. Als ich in die eigentliche Verwaltung eintrat, d. h. als ich Regierungs- und Medizinalrat wurde, also vor nunmehr 26 Jahren, war ich bereits ein urteilsfähiger Mann in gereiften Jahren, von anderer Grundanschauung wie heute und, wie das ja leider auch jetzt noch bei den Medizinalbeamten bis zum Kreisarzt einschließlich der Fall zu sein pflegt, ohne jede Vorbereitung im Verwaltungsdienste. Das „Verwalten“ wirkte mithin als etwas völlig Neues auf mich ein. Und da muß ich ehrlich bekennen: Von Jahr zu Jahr erfüllte mich die preußische Verwaltungsart und Verwaltungskunst mit immer größerer Bewunderung; was hier an Fleiß, Gründlichkeit, Zuverlässigkeit, Unparteilichkeit, Korrektheit, ausgleichender Gerechtigkeit bei größtem Wohlwollen, Vorsorge, Pflichttreue, Kenntnissen, Weitblick aufgebracht wurde, um dem Wohle des Ganzen zu dienen, ohne dem einzelnen unnötige Beschränkungen aufzuerlegen, welche Mühe aufgewendet wurde, um ohne vermeidbare Härten

den richtigen Mann an den richtigen Platz zu bringen, wie jede Willkür durch Beachtung der Gesetze ausgeschaltet wurde, mit welcher Bereitwilligkeit alle Fortschritte der Wissenschaft und neuzeitliche Geistesrichtungen verfolgt, aber nur mit weisester Vorsicht und anschließend an das Bestehende zur Verwendung in der Verwaltung benutzt wurden, um Erschütterungen und Rückschläge zu vermeiden, wie der Geist der Hingabe an ein gemeinsames großes Ganze alle erfüllte und Autorität und Unterordnung mit echter Kameradschaftlichkeit und Kollegialität sich harmonisch paarten, das dürfte mit zu dem Höchsten gehören, was menschliches Organisationsvermögen je geschaffen hat. In der Tat, nur Unkenntnis oder blinde Voreingenommenheit kann diesen preußischen Beamtengeist schmähen und umwandeln wollen; es wird hoffentlich jeder derartige Versuch erfolglos bleiben, andernfalls wird er nur Unheil stiften. Es gilt daher, jedem derartigen Beginnen — nicht zugunsten der Beamten, sondern des Volksganzen — von vornherein mit Bestimmtheit entgegenzuwirken.

Das leitet über zu der Frage: Muß das Gesetz über die Altersgrenze vom 15. Dezember 1920 widerspruchslos hingenommen werden? Ist es rechtsgiltig?

Ich verneine diese Frage und zwar, wie ich sogleich hinzufügen will, in Uebereinstimmung mit namhaften Juristen.

Zunächst wegen der Entstehungsart des Gesetzes.

Der Eingang des Gesetzes (Preußische Gesetzsammlung Nr. 56 von 192, S. 621) lautet:

„Die verfassunggebende Preußische Landesversammlung hat folgendes Gesetz beschlossen, das hiermit verkündet wird."

In der Tat war jene Landesversammlung lediglich zum Geben einer Verfassung und zum Erlaß eines Wahlgesetzes gewählt, allenfalls zur Herausgabe einzelner, infolge der allgemeinen Lage dringlicher Gesetze, nicht aber als gesetzgebende überhaupt. Daß das Altersgrenzegesetz gerade jetzt sachlich dringlich gewesen sei, wird niemand mit Recht behaupten dürfen, um so weniger, als im Dezember v. J. die Neuwahlen für die erste ordentliche Landesversammlung vor der Tür standen. Jene „verfassunggebende" Landesversammlung war daher zum Beschließen dieses Gesetzes gar nicht befugt, das Gesetz ist mithin schon aus diesem Grunde ungiltig.

Hinzu kommt folgendes:

Wir älteren Beamten sind nach geltendem preußischen Beamtenrecht, wie es von Judikatur und Literatur einhellig ausgelegt wird, auf Lebenszeit angestellt; die einzigen Ausnahmen enthalten das Gesetz betreffend die Dienstvergehen der nicht richterlichen Beamten usw. vom 21. Juli 1852 (G. S. S. 465) und das Gesetz betreffend die Pensionierung der unmittelbaren Staatsbeamten vom 27. März 1872 (G. S. S. 268) mit seinen Nachträgen, d. h. nur erwiesene Unfähigkeit oder Unwürdigkeit

können im geordneten Disziplinarverfahren zur Entlassung führen. Solange eine dieser Ausnahmen nicht Platz greift, haben wir ein Anrecht auf ungeschmälerten Gehaltsbezug. Dieses Anrecht ist ein wohlerworbenes, ein sog. jus quaesitum, und zwar privatrechtlicher Art; es ist eine allgemeine, zwar ungeschriebene, aber überall anerkannte Rechtsauffassung, daß derartige „wohlerworbene Rechte" unantastbar sind und einseitig durch den einen der Vertragschließenden nicht abgeändert werden können. Aendert der Staat die Anstellungsbedingungen seiner Beamten, setzt er z. B. den Zeitpunkt des Indenruhestandtretens mit 65 Jahre fest, so ist jeder Beamte, der nunmehr in den Staatsdienst tritt, an diese Bestimmung gebunden; denn er hat sie gekannt und sie stillschweigend angenommen. Nicht aber gilt die Bestimmung für Beamte, die bereits früher unter anderen Bedingungen eingetreten waren. Demgemäß sagt Artikel 129 der neuen Reichsverfassung vom 11. August 1919 klipp und klar:

„Die Anstellung der Beamten erfolgt auf Lebenszeit, soweit nicht durch Gesetz etwas anderes bestimmt ist" — d. h. beim Eintritt des Beamten in den Staatsdienst. „Die wohlerworbenen Rechte der Beamten sind unverletzlich."

„Die Beamten können nur unter den gesetzlichen Voraussetzungen und Formen — endgiltig in den Ruhestand — versetzt werden."

Artikel 104 der Reichsverfassung wie 79 der preußischen Verfassung vom 30. November 1920 stehen hiermit im Einklang.

Das Gesetz vom 15. Dezember 1920 ist also mit der allgemeinen Rechtsauffassung wie mit der Reichsverfassung und Landesverfassung unvereinbar, daher, da Reichsrecht stärker ist als Landesrecht, auch aus diesem Grunde ungiltig.

Wohl kann der Staat aus öffentlichem Rechte auf unsere Dienste als Beamte verzichten, aber ohne unsere Zustimmung nicht unsere wohlerworbenen privatrechtlichen Ansprüche herabsetzen; mit anderen Worten: den wegen ihres Lebensalters aus dem Staatsdienste entlassenen Beamten ist ihr volles Gehalt weiter zu zahlen.

Hiermit würde auch im Einklang stehen die Kabinettsorder vom 31. August 1824, die besagt, „daß kein Beamter, der infolge der Veränderungen und Beschränkungen überflüssig werden sollte, falls er sich nicht als dienstunfähig zur Pensionierung eignen sollte, an seinem Einkommen etwas verlieren, sondern mit seinem vollen Gehalte beibehalten werden solle". Und die Erlasse vom 14. Mai und 24. Oktober 1848, die unter gewissen ähnlichen Revolutionsverhältnissen wie heute entstanden sind, sprechen nur von einem Zurverfügungstellen der Beamten mit Wartegeld. Ebenso ist auch 1901 bei Einführung des Kreisarztgesetzes, die in das Gebiet der wesentlichen Veränderung in der Organisation einzelner Verwaltungszweige fiel, verfahren worden: Die überflüssig gewordenen Beamten wurden auf Wartegeld gesetzt.

Da nun endlich § 149 des Reichsgesetzes vom 31. März 1873, wie übrigens auch Artikel 129 der deutschen und 79 der

preußischen Verfassung, den Beamten „für ihre vermögensrechtlichen Ansprüche den Rechtsweg offen“ lassen, so steht es jedem auf Grund des Gesetzes vom 15. Dezember 1920 wegen seines Lebensalters entlassenen Beamten frei, zum Rechtswege zu greifen, d. h. auf ungeschmälerte Fortbezahlung seines Gehaltes zu klagen, sofern er nicht etwa zunächst den Weg des Einspruches auf dem Verwaltungswege versuchen will.

Die Klagefrist beträgt meines Wissens 6 Monate.

Ob neben dem vollen Gehalte auch noch Ersatz der mit dem Amte bisher organisch verbundenen Nebeneinkünfte beansprucht werden kann, wird noch zu erwägen sein.

Soweit meine Kenntnis reicht, haben bereits einige Vereinigungen zunächst für einen entlassenen Beamten die Klage erhoben, um den einzelnen die Lasten zu ersparen oder zu verringern. Alle betroffenen Medizinalbeamten sollten sich umhören, ob sie Kenntnis von dem Ausgange einer derartigen Klage bekommen können, und das Ergebnis dann in dieser „Zeitschrift für Medizinalbeamte“ mit möglichst genauer Angabe des Klagenden, des entscheidenden Gerichts, der Urteilsbegründung, des Datums und Aktenzeichens u. dergl. m. ungesäumt veröffentlichen, damit die in Betracht kommenden Kollegen sich danach richten können.

Um es zur Vermeidung von Mißverständnissen noch einmal zu sagen: es handelt sich nicht darum, für Beamte in vorgerückten Jahren den Rücktritt in den aktiven Staatsdienst zu erstreben, sondern darum, für sie die Auszahlung des vollen bisherigen Gehalts zu erreichen, zum wenigsten für so lange, bis sie etwa tatsächlich dienstunfähig geworden sind, im letzten Falle also um die einstweilige Ersetzung des Ruhegehalts durch das naturgemäß höhere Wartegeld, wodurch zum mindesten die ungewöhnliche Härte, die mit der durch das Gesetz vom 15. Dezember 1920 erzwungenen Zurruhesetzung verbunden ist, einigermaßen ausgeglichen werden könnte.

Dabei ist noch auf einen anderen Umstand aufmerksam zu machen.

Nach den erwähnten Gesetzen vom 21. Juli 1852 und vom 27. März 1872 usw. wird dem Beamten, dessen Versetzung in den Ruhestand verfügt ist, das volle Gehalt noch bis zum Ablauf desjenigen Vierteljahres fortgezahlt, das auf den Monat folgt, in dem dem Beamten die Entscheidung über seine Versetzung in den Ruhestand und die Höhe der ihm zustehenden Pension bekannt gemacht worden ist. Diese Gesetze sind an keiner Stelle des Gesetzes vom 15. Dezember 1920 aufgehoben, ihr Inhalt gehört zweifellos ebenfalls zu den unverletzlichen wohlerworbenen Rechten der Beamten. Wer also z. B. im Februar d. J. Kenntnis von seiner Versetzung in den Ruhestand und von der Höhe der ihm zustehenden Pension erhalten hat, würde unter allen Umständen zum wenigsten den Anspruch auf Bezug des vollen Gehaltes bis einschließlich Mai haben:

wer, wie wohl die meisten, die Höhe seiner Pension erst später erfahren hat, noch länger.

Selbst wenn man den Standpunkt vertritt, daß mit der Veröffentlichung des Gesetzes vom 15. Dezember 1920 die Frist gewahrt sei, kommt der 1. April d. J. noch nicht als Ablauf des Vierteljahres heraus. Wohl trägt das Blatt 56 der Preußischen Gesetzsammlung, das jenes Gesetz veröffentlicht, die Worte „Ausgegeben zu Berlin, den 31. Dezember 1920"; tatsächlich aber ist die erste Veröffentlichung des Gesetzes, soweit ich ermitteln konnte, erst in Nr. 1 des „Deutschen Reichsanzeigers und Preußischen Staatsanzeigers" vom 3. Januar 1921 erfolgt, das sog. „Gnadenquartal" hätte also mindestens bis zum 1. Mai zu laufen.

Das alles sind nicht etwa juristische Tifteleien, sondern rechtliche Tatsachen praktisch wichtiger Art. Bis zum 31. Dezember 1920 konnte kein Beamter bestimmt wissen, ob die Preußische Staatsregierung das von der Landesversammlung beschlossene Gesetz vollziehen und damit — soweit das überhaupt möglich war — zum geltenden Gesetz erheben würde. Er konnte also keine Folge-Maßnahme treffen, die Wohnung kündigen u. dergl. m. Die in dem Gesetze schon so wie so liegende Härte, ja Unbilligkeit, ist daher durch diese späte Veröffentlichung noch wesentlich verschärft worden und wird durch das Vorsehen einiger Vergünstigungen für das 1. Vierteljahr nach dem 1. April d. J. auf dem Verwaltungswege, die übrigens meines Wissens nur für weniger Bemittelte bestimmt sind, also mehr Unterstützungen als Befriedigung von Rechtsansprüchen darstellen, kaum derart ausgeglichen, daß der Schaden wirklich wettgemacht wird. Dabei ist noch zu beachten, daß ein Beamter unter 68 Jahren mit Rücksicht auf den eine Ausnahme zulassenden § 8 des Gesetzes erst dann mit seinem Abgange tatsächlich endgiltig zu rechnen hatte, wenn ihm die entsprechende dienstliche Eröffnung gemacht war, wobei von ihm noch die gleichzeitige Mitteilung über die Höhe der Pension zu fordern war.

Auch diese Verhältnisse sollten berücksichtigt und von den Betroffenen demgemäß die erforderlichen Anträge oder Klagen wegen Auszahlung des vollen Gehaltes über den 1. April d. J. hinaus ergänzt werden.

Auch diejenigen Medizinalbeamten, denen die erzwungene Zurruhesetzung zum 1. Oktober d. J. droht, sollten sich an der Beibringung des erforderlichen Stoffes zur Beurteilung der ganzen, uns alten Beamten ungünstigen Sachlage beteiligen, damit sie klareren und hoffentlich besseren Verhältnissen gegenüberstehen als die zum 1. April d. J. Betroffenen.

Wäre das nicht eine Aufgabe für den Vorstand des Preußischen Medizinalbeamtenvereins, diese Rechtsansprüche seiner ältesten Mitglieder durchzufechten? Das wäre doch mal wieder eine Tat, die das Zusammengehörigkeitsgefühl beweisen und weiterhin kräftigen

würde! Können wir nicht vielleicht den „Bund höherer Beamten“ in Anspruch nehmen, dessen Mitglieder wir ja in corpore sind?

Was nun die praktische Ausführung des Zwangsgesetzes vom 15. Dez. 1920 anlangt, so ist es auffällig, wie verschieden hierbei in den einzelnen Ressorts des doch einheitlich arbeiten sollenden Gesamtministeriums verfahren worden ist.

Die meisten Ministerien scheinen bereits im Januar d. J. den betroffenen Beamten die erforderlichen Eröffnungen gemacht oder zugeleitet zu haben. Bei den Medizinalbeamten sind diese, soweit ich sehe, recht vielfach erst im Februar oder gar März erfolgt. Wiederholt sind augenscheinlich die infolge des Zwangsgesetzes frei werdenden Kreisarztstellen früher ausgeschrieben worden, als der bisherige Inhaber über sein erzwungenes Ausscheiden amtliche Nachricht erhalten hatte, ja, es ist vorgekommen, daß der Nachfolger eher von seiner Ernennung wußte als der Besitzer von seinem Rücktritte. War das wirklich das geeignete Verfahren gegenüber altgedienten Medizinalbeamten im Angesichte dieser harten Neuerung? Durfte man sich mit Recht auf den eiskalten objektiven Standpunkt zurückziehen, daß jeder Beamte ja das Gesetz kennen und daraus seine Folgerung für sich selbst ziehen müsse? Andere Ministerien haben, wie gesagt, anders gehandelt.

Ich selbst habe die ministerielle Verfügung über meine Absetzung am 26. März d. J. erhalten, also 5 Tage vor ihrem Inkrafttreten, doch scheide ich meinen eigenen Fall hier ausdrücklich für die Beurteilung aus.

Da mit dem 1. April d. J. der Gehaltsanspruch für den Beamten nach dem Altersgrenzegesetz erlosch und der Ruhegehaltsanspruch begann, so mußte mit diesem Zeitpunkte die Pension derart angewiesen sein, daß sie abgehoben werden konnte; andernfalls stand der Beamte plötzlich ohne Einkommen da, und das an einem Tage, an dem erfahrungsgemäß Mieten, Löhne, Zinsen u. dergl. m. bezahlt werden müssen. Wie die einzelnen Ministerien hier ihrer Verpflichtung nachgekommen sind, weiß ich nicht genauer, anscheinend haben sie ihr im allgemeinen genügt; innerhalb der Medizinalverwaltung waren aber die Ruhegehälter nicht überall sämtlich rechtzeitig angewiesen; ich selbst z. B. bin — das darf ich sagen — noch heute, da ich dies schreibe, d. h. am 30. April, ohne Kenntnis oder Anweisung des mir zustehenden Ruhegehaltes, also „Pensionär ohne Pension“. Welch eine Gleichgiltigkeit des „Wohlfahrts“ (!) - Ministeriums gegen die elementarsten Belange seiner Schutzbefohlenen zeigt das doch!

Daß jeder derart in Verlegenheit gebrachte Beamte das Recht hat, die Mißhelligkeiten auf den Staat abzuwälzen, für jeden ohne sein eigenes Verschulden verspäteten Zahltag Zinsen zu verlangen u. dergl. m., ist rechtlich selbstverständlich.

Eigenartig ist weiter, wie verschieden sich die einzelnen Ministerien zu den Ausnahmen, die das Zwangspensionierungs-

gesetz zuläßt, und zu den zwangspensionierten Beamten selbst gestellt haben.

Bekanntlich findet das Gesetz auf Staatsminister „keine Anwendung“ (§ 7). Da nicht anzunehmen ist, daß man mit dieser Ausnahme Altersschwäche bei Staatsministern für leichter erträglich als bei einfachen Medizinalbeamten hat hinstellen wollen, so ergibt sich auch hieraus wieder der politische Charakter des ganzen Gesetzes. Da aber weiter nicht bekannt geworden ist, daß ein Medizinalbeamter je Minister in Preußen geworden sei, so ist diese Bestimmung für uns bedeutungslos.

Anders ist es mit § 8, der, in einfaches Deutsch übertragen, bestimmt, daß „auf Antrag des Fachministers“ „das Staatsministerium für einen einzelnen Beamten“ „die Altersgrenze“ „bis zu einem späteren Zeitpunkte, jedoch nicht“ über das „68. Lebensjahr“, hinausschieben „kann“, „wenn das Interesse des Staatsdienstes die Fortführung des Amtes durch ihn erfordert“. Man sollte meinen, daß es sich hier nur um ganz hervorragende, gewissermaßen unersetzliche Personen handeln dürfe. Nun sind mir allein aber bereits 3 höhere Beamte aus 3 verschiedenen Ministerien bekannt, bei denen dieser Ausnahmeparagraph zur Anwendung gebracht ist, davon 1 in der Bezirksinstanz, 2 in je einer Lokalinstanz tätig. Ich glaube, daß alle 3 Beamte gewissenhafte und tüchtige Staatsbeamte und für ihr Amt gut am Platze sind; daß sie aber für das Staatswohl eine größere Bedeutung haben sollten als zahlreiche andere für die Entlassung bestimmte Beamte und Medizinalbeamte kann ich beim besten Willen nicht annehmen. Wie viele ähnliche Ausnahmen mögen sonst noch gemacht sein? Auch im Bereiche der Medizinalverwaltung? Aus dieser habe ich bisher nichts Derartiges gehört.

Ganz merkwürdig ist es endlich, wie viele Beamte höherer, mittlerer und niederer Ordnung zwar zur Ruhe gesetzt, aber sofort „auf Privatdienstvertrag“ in der Weise wieder angenommen sind, daß sie den Unterschied zwischen Gehalt und Ruhegehalt als Entgelt ausbezahlt bekommen, teils in ihrer bisherigen oder in einer gleichen Stellung, teils auch in einer geringeren. Mir ist eine ganze Reihe solcher Beamten bekannt. Ich gönne diese Belassung ihres bisherigen Einkommens allen gern; darüber aber, daß das ganze Verfahren eine Umgehung des Gesetzes ist, kommt man doch nicht hinweg, und zwar eine Umgehung mit Wissen und Genehmigung derselben Minister, die das Altersgrenzgesetz eingebracht, betrieben und unterzeichnet haben. Ob die betreffenden Beamten in dieser neuen Stellung sich sehr wohl fühlen werden, ist eine Frage für sich; schon jetzt als im Zeitalter der „Brüderlichkeit“ sind manchen von ihnen, wie mir bekannt, von solchen Beamten, die in ihre Stellen einzurücken wünschen, manche deutliche Aufmunterungen zum Verschwinden zugegangen. Aus dem Bereiche der Medizinalverwaltung ist mir derartiges Festhalten verdienter Beamten nicht bekannt geworden, doch bin

ich natürlich nicht genau unterrichtet. Wie verlautet, soll bei dieser Zurückhaltung der Medizinalverwaltung der Umstand eine Rolle gespielt haben, daß noch viele Flüchtlinge aus verlorenen Gebieten unterzubringen gewesen seien. Ich kann mir nicht denken, daß diese Behauptung zutreffen sollte. Die Zahl der hier Unterzubringenden kann nicht gut größer gewesen sein als in anderen Ressorts auch. Die Sache muß auch wohl im wesentlichen längst erledigt gewesen sein; denn man würde doch wohl nicht, wie fortlaufend seit November 1918 geschehen, freigewordene Stellen von Regierungs- und Medizinalräten und Kreisärzten wie neue Stellen mit Medizinalbeamten aus preußisch gebliebenen Landesteilen, ja mit Stadtassistenzärzten und anderen Aerzten selbst mit einem Ausländer besetzt haben, wenn noch unversorgte Vertriebene unterzubringen waren. Es kann sich also höchstens um einen ganz kleinen übrig gebliebenen Rest gehandelt haben, dessen Uebrigbleiben freilich schon an sich auffallen würde, wegen dessen Unterbringung aber ganz gewiß nicht nötig gewesen wäre, älteste tüchtige Beamte zu entfernen, wenn anders man wirklich sonst den Willen gehabt hätte, sie zu halten.

Ganz zuletzt sei noch erwähnt, daß manche Verwaltungen von Amtswegen ihren Einfluß dahin geltend gemacht zu haben scheinen, in ihr Ressort gehörige, nicht mehr zu haltende Beamte anderswo unterzubringen, so daß sie ohne Schaden in ihrem Einkommen davon kommen. Zumal die Justizverwaltung scheint sich hier mit Erfolg verdienstvoll eingesetzt zu haben, obwohl richterliche Beamte ja schon von Gesetzeswegen insoweit bevorzugt sind, als sie — wie auch die Lehrer an den wissenschaftlichen Hochschulen — erst mit Vollendung des 68. Lebensjahres in den Ruhestand zu treten haben (§ 2 des Gesetzes). Ob seitens der Medizinalverwaltung gleiche Versuche unternommen sind, vermag ich nicht anzugeben, bekannt ist mir bisher darüber nichts geworden.

Zusammenfassend ist zu sagen, daß man sich innerhalb der Ministerien vielfach anerkennenswerte und erfolgreiche Mühe gegeben hat, die großen Härten des geradezu überstürzt herausgekommenen Altersgrenze-Gesetzes für die betroffenen Beamten tunlichst zu mildern, daß hierbei anscheinend nicht überall gleichartig vorgegangen ist, und daß aus der Medizinalverwaltung gleichartige Schritte bisher nicht an die Oeffentlichkeit, jedenfalls nicht zu meiner Kenntnis gelangt sind. Etwa Genaueres Wissende sollten sich zum Worte melden, damit ein Vergleich gezogen werden kann. Ich selbst stelle mein Urteil zurück, insoweit nicht Tatsächlichkeiten vorliegen. Diese aber — die verspätete Mitteilung an die Betroffenen mit ihren Nebenerscheinungen, die nicht rechtzeitige Anweisung der Ruhegehälter, auch die Form der Entlassungsmitteilung an die ältesten höheren Beamten (auf gewöhnlichem Viertelbogen lediglich die nackte Tatsache „im Auftrage“ kurz und bündig kundgetan) — berechtigen schon jetzt zu der Behauptung, daß bei der Durchführung des Altersgrenzegesetzes im Be-

reiche der Medizinalverwaltung nicht durchweg mit derjenigen Rücksichtnahme und mit demjenigen menschlichen Verständnisse vorgegangen ist, die das Gesetz, ohne die Belange anderer zu durchkreuzen, durchaus zuließ, und auf die altverdiente Beamte, die ein volles Leben für mäßiges Entgelt im Staatsdienste und an mehr oder minderarbeitsreicher Stelle verbracht und schließlich nichts anderes verbrochen haben, als noch dienstfähig zu sein zu einer Zeit, da ein fremder Parteigeist sich der Staatsmaschine bemächtigt hatte, wohl die Anwartschaft gehabt hätten. So, wie geschehen, hätte es durchaus nicht gemacht zu werden brauchen.

Unwillkürlich lassen wir Aeltesten und Aelteren unsere Blicke rückwärts schweifen, und vor unserem geistigen Auge erscheinen die vornehmen Gestalten der ehemaligen Medizinalminister von Gossler und von Studt, von Dallwitz und von Loebell, die jede wichtige Personalsache stets selbst in der Hand behielten und mit größtem Takt und Wohlwollen behandelten. Aus der Zahl der Personalreferenten der Medizinalabteilung treten uns besonders wieder entgegen Männer wie Skrczeczka und Schmidtmann, die, in ihrer Art einander recht wesensfremd, doch gleich waren einmal in der persönlichen gründlichen Beherrschung, dann aber auch in der selbstständigen Beurteilung und gerecht-wohlwollenden Bearbeitung aller Personalfragen. Wir fragen uns: Mit welcher Schonung wäre zu Zeiten dieser Männer wohl ein Altersgrenzegesetz durchgeführt worden — vorausgesetzt, daß solches dann überhaupt möglich gewesen wäre? Und uns fällt aus der Studentenzeit ein: „O quae mutatio rerum!“

Daß sich bei der Ausführung des Altersgrenzegesetzes im einzelnen und hinsichtlich der damit naturgemäß verbundenen Personenverschiebungen wieder jene, dem Wissenden bekannten, persönlichen unverantwortlichen Einflüsse geltend gemacht haben, die, ungestützt durch genügende Vorkenntnisse, aber ausgehend von einseitigen parteidoktrinären Anschauungen und zum Herabsetzen des Ueberkommenen gern bereit, seit der Revolution auf die Medizinalverwaltung auf gesetzgeberischem wie verwaltendem und personellem Gebiete erfolgreich, aber zweifellos unheilvoll einwirken, muß als nahezu selbstverständlich bezeichnet werden. Und diese Erscheinung führt zu der Frage: Wer oder was lenkt eigentlich heute die Geschicke des preußischen Gesundheitswesens im allgemeinen und der preußischen Medizinalbeamten im besonderen in Preußen? Wer bestimmt letzten Endes über den Inhalt einzubringender Gesetze und herauszugebender Anordnungen einschließlich der Gleichstellung der „versagenden“ Kreisärzte mit anderen Beamtengruppen, hinsichtlich Bezeichnung und Besoldung, über deren Ausbleiben neuerdings so vielfach geklagt wird? Wer über die Zurückdrängung der Kreisärzte durch Kommunalärzte? Wer über Belassung, Entlassung, Versetzung, Beschäftigung der einzelnen Medizinalbeamten?

Durfte ja doch, wie es nachgerade die Spatzen von den Dächern pfeifen, der Medizinalminister selbst einen als erforderlich erachteten und demgemäß vorgesehenen Wechsel seines Personalreferenten nicht durchführen, weil es einer gewissen, ziffernmäßig stetig zurückgehenden Parteirichtung — nicht der eigenen des Ministers — nicht paßte! Welches Maß von Selbständigkeit ist dem Minister und seinem Personalreferenten noch geblieben? Wer also regiert in der Medizinalverwaltung Preußens?

Wer zählt die Völker, nennt die Namen,
Die gastlich hier zusammen kamen?"

„Völker" und „gastlich" — es stimmt ganz gut; doch sind die Vermittler gewisse wohlbekannte Einzelpersonen.

Ich bin nicht so weltfremd zu glauben, daß man heute wie früher regieren könne, und daß man an dem System des Parlamentarismus und seinen Folgen und Einwirkungen achtlos vorübergehen dürfe; aber es gibt doch nicht bloß eine Partei, es gibt erheblich einflußreichere als die in der Medizinalabteilung des Wohlfahrtsministeriums so etwa als stiller Teilnehmer mitarbeitende, und man sollte meinen, daß ein ziel- und selbstbewußter Verwaltungskörper bei vorhandenem eigenen Willen sich hier unter geschickter Benutzung anderer Parteirichtungen ebenso gut durchsetzen könnte wie in anderen Ministerien.

Meine aktiven Kollegen mögen sich nicht täuschen! Die Sachlage ist nicht etwa die, daß die hier angedeuteten Kräfte darauf ausgingen, den Beamtenstand, auch in der Medizinalverwaltung, zu verjüngen, die alten Leute zu entfernen und den jüngeren nun ein herrliches Dasein zu bereiten; nein, diese selben Einflüsse, die bei der Entfernung der alten Beamten freudig mitgewirkt haben, sind die eigentlich treibenden Kräfte für die Niederhaltung des staatlichen Medizinalbeamtenstandes. Die Belange der älteren wie der jüngeren Medizinalbeamten sind also nach der Richtung völlig dieselben, jene uns allen und dem Volkswohle abträglichen Einflüsse zu beseitigen; und wer Beziehungen zu Abgeordneten und Parteiorganisationen hat, sollte sie zu Aufklärungen und Einwirkungen in besserem Sinne benutzen.

Es mag vorbehalten bleiben, auf die allgemeinen Verhältnisse der Medizinalbeamten nach Bedarf zurückzukommen.

Heute möge mit dem Wunsche geschlossen werden, daß recht viele Fachgenossen mit ihren Erfahrungen über die Behandlung von unter das Zwangspensionierungsgesetz fallenden Beamten verschiedener Art wie über etwaige Entscheidungen über deren Ansprüche auf volles Gehalt statt des Ruhegehalts hervortreten möchten, damit daraus die weiteren Folgen gezogen werden können. Insbesondere richte ich an den Vorstand des Preußischen Medizinalbeamtenvereins die Bitte, die Prüfung der Frage der Rechtsgiltigkeit des Zwangsgesetzes vom 15. Dezember 1920 zugunsten seiner ältesten Mitglieder selbst oder durch Vermittlung des Bundes höherer Beamten in die Hand zu nehmen und das Ergebnis baldigst bekanntzugeben.

Möglich, daß dieser Bund bereits klagt, was zunächst festzustellen sein müßte. Vielleicht kann hier auch der erfahrene Herausgeber dieser Zeitschrift mithelfen. Es darf nichts Erfolgversprechendes unbenutzt gelassen werden.[1])

Kleinere Mitteilungen u. Referate aus Zeitschriften.

Bakteriologie und Bekämpfung der übertragbaren Krankheiten.

1. Influenza.

Influenzabazillen und Influenza. Von Prof. Dr. E. Seligmann und Dr. G. Wolff. Aus dem Medizinalamt der Stadt Berlin. Berliner klinische Wochenschrift; 1920, Nr. 29 und 30.

Aus den epidemiologischen Erfahrungen und den Ergebnissen biologischer Untersuchungen kommen die Verfasser zu dem Schluß, daß der Pfeiffersche Influenzabacillus nicht der Erreger der pandemischen Influenza sein kann, daß er vielmehr ein häufiger Begleiter des Influenzavirus ist, aber nicht häufiger bei Influenza als bei Masern und Keuchhusten vorkommt. Seine Rolle ähnelt der der Streptokokken beim Scharlach. Es wird vorgeschlagen, solche „Krankheitsbegleiter" Nosakoluthbakterien zu nennen. Die Influenzabazillen wären dann Nosakoluthen von Influenza, Keuchhusten und Masern.

Dr. Solbrig-Breslau.

---

2. Ophthalmoblennorhoe neonatorum.

Zur Prophylaxe der Ophthalmoblennorrhoea neonatorum. Von Bezirksarzt Dr. Daxenberger-Brückenau. Wochenschrift für Therapie und Hygiene des Auges; 1920, Nr. 3.

Infolge der Zunahme des Trippers durch den Krieg besteht erhöhte Gefahr d. O. n. und sind deshalb verschärfte Maßnahmen nötig. Die Durchführung der Maßnahmen zur Bekämpfung der O. n. spez. die Credéisierung fällt den Hebammen zu, die Ueberwachung derselben den Kreis- bezw. Bezirksärzten. Die Kontrolle, die besonders auf dem Lande erschwert ist, muß sich beziehen 1. auf die tatsächliche und richtige Anwendung der Einträuflung durch die Hebamme und 2. auch das ständige Vorhandensein eines wirksamen Schutzmittels bei den Gerätschaften jeder Hebamme. Jede Hebamme muß die Technik beherrschen, ältere müssen einzeln unterwiesen, evtl. einem Wiederholungskurs zugeteilt werden. Glasstäbe sind ungeeignet, am zweckmäßigsten die Herffschen Augentropfgläser (Phönix v. Gebr. Bandekow, Berlin S. W 61). Es müssen in jedes Auge eines Neugeborenen unmittelbar nach der Geburt, nach bayr. Vorschriften noch vor der Abnabelung, 1—2 Tropfen Silberlösung eingeträufelt werden, und zwar ausnahmslos in jedem Falle, da latente Gonorrhoe nie sicher auszuschließen ist. Einwilligung der Eltern, wie sie die preuß. Hebammendienstanweisung vorsieht, ist nicht erforderlich, da es sich um eine Maßnahme zur Verhütung einer ansteckenden Krankheit handelt. Wenn der Staat eventl. die Folgen nach unterlassener Credéisierung (eventl. Unterbringung eines erblindeten, armen Kindes in einer Blindenanstalt auf Kosten der Armenpflege) tragen soll, muß ihm auch das Recht der Verhütung zustehen. Besondere Vorsicht ist wegen nachträglicher Infektionsgefahr beim Baden (durch Badewannen, Schwämme, Handtücher etc.) geboten, desgleichen Kontrolle, daß die Schutzeinträuflung tatsächlich erfolgte, auch durch die praktischen Aerzte und Säuglingsfürsorgerinnen gelegentlich der Wochenbettbesuche. Als wirksame Schutzmittel kommen nur Argentum-Präparate in Betracht, und zwar Arg. nitr. 1%, ev. Protargol 5%. Letzteres hat den Vorzug der Unersetzlichkeit und Reizlosigkeit; es empfiehlt sich deshalb besonders für Hebammen auf dem Land mit wenig Entbindungen. Außerdem käme eventuell noch in Frage Sophol 2% und Kollargol 2%; diese Präparate sind zwar vollständig reizlos, aber nicht unbegrenzt haltbar. Im allgemeinen eignet sich am besten zur einheitlichen Einführung die 1% Argent. nitr. Lösung; diese

---

[1]) Die in dieser Hinsicht erforderlichen Schritte sind seitens des Vereinsvorstandes bereits erfolgt.

Konzentration genügt zur Prophylaxe und ist auch ziemlich frei von schädigenden Reizwirkungen (Argent.-Katarrhe). Argent. acet. (1,2 %), das in Bayern und neuerdings in Oesterreich eingeführt ist, ist wenigstens für das Land untauglich, da es kaum 14 Tage haltbar ist, sich rasch zersetzt, häufig mit Niederschlägen und Trübungen angetroffen wird und gelegentlich Mißerfolge wohl darauf zurückzuführen sind. Abgesehen von den jeweilig großen Unkosten ist es auch auf dem Lande mit schlechten Verkehrsverhältnissen besonders im Winter nicht möglich, die Tropfen (Arg. acet.) alle 14 Tage erneuern zu lassen. Die Mittel zur Credéisierung müßten den Hebammen immer, jeweilig Mengen von 5—10 g von den Gemeiden oder Bezirken usw. aus öffentlichen Mitteln unentgeltlich zur Verfügung gestellt und regelmäßig bei den Revisionen geprüft werden, ob noch wirksame, nicht trübe Silberlösung vorhanden, und ob die Hebammen mit den Einträuflungen vertraut sind.

Bei ausgebrochener O. n. oder Verdacht ist vonseiten der Amtsärzte darauf zu dringen, daß die Erkrankung nicht verheimlicht, sondern von der Hebammme unverzüglich zur Anzeige gebracht und ein Arzt, womöglich ein Augenarzt, sofort zugezogen wird.

Näheres im Original. Eigenbericht.

3. Wochenbettfieber.

Zur Frage der Uebertragung des Wochenbettfiebers. Von Med.-Rat Dr. Graßl in Kempten.

Der Ausführung des Dr. Strassmann in Nr. 2 d. Zeitsch. (Jahrg. 1920), daß die Wochenbettfieber verhältnismäßig häufiger durch die Aerzte als durch die Hebammen übertragen werden, ist vollständig beizustimmen. Deshalb bin ich ein Gegner der auch in einigen Orten Deutschlands einreißenden Sitte, normale Geburten durch Aerzte holen zu lassen. In bezug auf die Hebammen möchte ich aus meiner Erfahrung eine Beobachtung wiedergeben, die vielleicht manchem Kollegen einen Fingerzeig gibt. Bei meiner Ernennung zum Bezirksarzte fand ich auf meinem ersten Posten eine nicht unbeträchtliche Wochenbettfieberepidemie vor, deren Studium mir als die Quelle der Verschleppung „die berühmteste Hebamme" des Bezirkes erkennen ließ. Die zeitweilige Ausschaltung der Hebamme brachte etwas Ruhe; doch traten immer wieder Fälle von Wochenbettfieber in der Praxis dieser Hebamme auf. Die Ueberprüfung der Kenntnisse und der Reinlichkeit dieser Hebamme ergab keine Beanstandung. Ich war ratlos. Da entschloß ich mich dazu, die Hebamme in ihrer Wohnung aufzusuchen. Auch diese war in Ordnung. Die Hebamme wohnte aber bei ihrem Bruder, der ein approbierter Bader war, versorgte ihm das Hauswesen und reinigte dessen Instrumente und Schüsseln. Die Quelle der Infektion war aufgedeckt. Seitdem begutachte ich keine Frau mehr als Hebamme, die an einen Bader, Zahntechniker oder ähnlichen Gewerbetreibenden verheiratet ist.

4. Tuberkulose.

Zur Frage der Auflösung von Tuberkelbazillen durch spezifische Immunstoffe. Von Dr. Baatz. Aus dem hygienischen Institut von Geh.-Rat Prof. Dr. Pfeifer-Breslau. Zentralbl. f. Bakt.; I. Abtlg. Orig. Bd. 84, Heft 2.

Die 1912 von Kraus und Hofer behauptete spezifische Auflösung von Tuberkelbazillen in der Bauchhöhle des tuberkulösen Organismus findet in gesetzmäßiger Weise nicht statt. Deshalb ist eine Methode zur Differenzierung säurefester Bakterien nach Art des Pfeifferschen Versuchs nicht anwendbar. Die Bedeutung der Bakteriolyse bei der Tuberkuloseimmunität ist bisher nicht erwiesen. Dr. Hirschbruch-z. Z. Charlottenburg.

Zur Epidemiologie der Tuberkulose. Von Privatdozent Dr. Ludwig Telecky in Wien. Zeitschrift der sozialen Hygiene, Fürsorge- und Krankenhauswesen; 1921, Heft 7.

Die von Schiff und Römer behandelte Frage, ob der durch die Kindheitsinfektion bedingte Schutz gegen die Tuberkulose auch Bedeutung für die Tuberkulose als Massenerscheinung, insbesondere für das Absinken der Tuberkulosesterblichkeit vor dem Kriege habe, wird vom Verfasser nochmals einer eingehenden Betrachtung unterzogen. Vom praktischen Standpunkt wird die

Frage zu stellen sein, nicht, ob die Kindheitsinfektion überhaupt auf den Verlauf der späteren Tuberkulose-Erkrankung einwirkt, sondern wie stark sich der daraus ergebende Schutz gegenüber allen äußeren Momenten praktisch durchzusetzen vermag. Statistische Beobachtungen haben gelehrt, daß die in große Städte (Berlin, Paris) Eingewanderten günstigere Verhältnisse zeigten als die Eingeborenen. Weitere Untersuchungen haben in der Tat gezeigt, daß die ländliche Bevölkerung als die weniger durchseuchte anzusehen ist. Man ist voll berechtigt, in der eingewanderten Bevölkerung eine Masse zu sehen, die in ihrem Durchschnitt während der Kindheit der Tuberkuloseinfektion weniger ausgesetzt war als die eingeborene großstädtische Bevölkerung. Er hält es für bewiesen, daß es ganz unmöglich ist, das Absinken der Tuberkulosesterblichkeit während der Zeit vor dem Kriege auf das Zunehmen der schützenden Einheitsinfektionen zurückzuführen. Mag dieser Schutz vorhanden sein oder nicht, alle übrigen äußeren Momente sind von so überwiegender Bedeutung, daß sie den vielleicht vorhandenen Schutz weit überdecken und ihn überhaupt nicht zum Ausdruck kommen lassen. Dr. Israel-Breslau.

Beiträge zur Statistik der Lungentuberkulose im Kriege. Von Dr. Alex. Engel. Aus dem Reservespital 2 in Przemysl. Wiener klin. Wochenschrift; 1920, Nr. 2.

Von 1916 bis 1918 standen 996 Lungenkranke in Behandlung. Infolge der großen Schwierigkeit der Verpflegung stieg die Sterblichkeit, die 1917 noch 16,9% betragen hatte, im letzten Jahre der Belegung der Abteilung auf 28%! Es handelt sich bei den verpflegten Kranken meist um Schwerkranke, die spät eingeliefert wurden. Von 406 oberbegutachteten Kranken waren vor der Einrückung schon lungenkrank 107 = 26,4%; gesund sind eingezogen gewesen 299. Bei diesen ist das Leiden entstanden im Felde bei 247, im Hinterland bei 46. Dreiviertel der Lungenkranken der Abteilung waren demnach gesund eingerückt; von diesen haben sich $^4/_5$ das Leiden im Felde erworben. Der vierte Teil ist schon krank eingezogen; bei diesen ist eine Verschlimmerung in 60% eingetreten. Der Verlauf der Erkrankung war ein rapider, wie es so oft als Folge der Entbehrungen und Strapazen des Krieges geschildert worden ist. Dr. Mayer-Meisenheim.

Tuberkulosesterblichkeit in Frankfurt a. M. in den Jahren 1912 bis 1914. Nach einer vom Kreisarzt Dr. Ascher in Frankfurt a. M. ausgearbeiteten Statistik starben im Durchschnitt an Tuberkulose in den Jahren 1912/14 389 männliche und 321 weibliche Personen; in den Jahren 1917/18 dagegen 491 bezw. 584, so daß die Zunahme 28% bei den männlichen, dagegen 82% bei den weiblichen Personen beträgt. Diese Zunahme ist bei den Altersklassen von 1—5 Jahren entweder gar nicht oder nur gering; bei den Altersklassen von 5—15 Jahren beträgt sie: 40 (52)%, von 15—30: 31 (92)%, von 30—60: 32 (96)% und bei den über 60 Jahre alten Personen: 34 (89)%; also in allen diesen Altersklassen eine größere Zunahme bei dem weiblichen Geschlecht. Rpd.

Zur Behandlung der Knochen- und Gelenktuberkulose. Vorl. Mitt. Aus dem orthopädischen Spital in Wien. Von A. Kapelusch und C. Stracker. Wiener klin. Wochenschr.; 1915, Nr. 43.

Die Verfasser schätzen die Zahl der an Knochen- und Gelenktuberkulose leidenden Kranken in Wien und Niederösterreich auf 10000. In den Spitzkyschen Anstalten wurden für die in dieser Zahl enthaltenen Kinder eigene Zimmer bereit gestellt; eine Dachstation von 60 Betten wurde eingerichtet, in der die Kinder Tag und Nacht dem Vorschlag Pirquets entsprechend in freier Luft behandelt werden. Das Volksgesundheitsamt hat ferner eine Sonnenliegestation in Hütteldorf, außerdem 240 Betten in Grimmenstein zur Verfügung gestellt, so daß die Verfasser in der Lage zu sein glauben, unter Zuhilfenahme einer modernen röntgentherapeutischen Einrichtung und sämtlicher chirurgisch-orthopädischer Behelfe, die das Spitzkysche Spital bietet, der örtlichen Tuberkulose wirksam entgegentreten zu können. Patienten, die bereits der Genesung entgegen gehen, werden zeitweise in häusliche Pflege

zurückgesandt, damit für die schwersten Fälle Plätze im Krankenhause frei werden. Dr. Mayer-Meisenheim.

Prinzipielles zur Strahlentherapie der Lungentuberkulose und ihrer Beziehung zum Immunitätsprinzip. Von med. et phil. H. Hayek-Innsbruck. Wiener klin. Wochenschr.; 1920, Nr. 2.

Röntgentiefenbestrahlung wird sich auf jene Lungenherde beschränken müssen, in denen sich bereits ein Uebergewicht der zellulären Abwehrleistung oder doch wenigstens im Gleichgewicht zwischen Tuberkuloseangriff und Zellenabwehr ausgebildet hat. Hier bleiben, genau wie bei der spezifischen Therapie, große Uebung und Erfahrung unentbehrlich, um den Erfolg zu sichern und Schädigungen zu vermeiden. — Die kritiklose Anwendung der Quecksilberlampe ist ebenfalls von berufener Seite (Curschmann, Roepke, Liebe) abgelehnt worden. Gut, daß dem Quarzlampenlicht die von manchen Aerzten vorausgesetzte bakterizide Wirkung fehlt, sonst würden wir bei der heutigen Anwendung so manchen Patienten an akuter Endotoxinvergiftung oder an einem anaphylatoxischen Shock zu Grunde gehen sehen. — Ein Nutzen der Strahlenwirkung für den menschlichen Körper wird dann kommen, wenn der biologische Strahlenreiz die Angriffskraft der Tuberkelbazillen vermindert und die Durchseuchungsresistenz des Körpergewebes erhöht. Ein Nutzen für die Tuberkulose wird kommen, wenn ein übermächtiger Tuberkuloseangriff die an sich eventuell nützlichen Folgen des Strahlenreizes überwindet. — Sowohl die Antigenpräparate, als auch die natürlichen und künstlichen Lichtstrahlen setzen biologische Reize, die zum Nutzen, aber auch zum Schaden des menschlichen Körpers ausschlagen können. Beide Behandlungsmethoden haben in jeder andern Hand verschiedenen Wert. Die Arbeitsmethode muß bei der Tuberkulose für den Arzt frei bleiben. Dr. Mayer-Meisenheim.

Maßnahmen zur Bekämpfung der Tuberkulose. Von Dr. M. Gutstein-Berlin. Berliner klinische Wochenschrift; 1919, Nr. 27.

Verfasser fordert der drohenden weiteren Ausbreitung der Tuberkulose gegenüber großzügige und umfassende Maßnahmen, wozu vor allem nach Kraus Zentralisierung des gesamten Lungenfürsorgewesens gehört. Ein Reichsamt zur Bekämpfung der Tuberkulose als selbständige Behörde oder noch besser eine selbständige Abteilung in einem ärztlich geleiteten Reichsgesundheitsministerium müsse an der Spitze stehen; von hier aus sei ein dichtes Netz von Fürsorgestellen im ganzen Reich herzustellen. Eine statistische Erfassung sämtlicher Tuberkulöser wird als erste Maßnahme dieser Reichsbehörde bezeichnet. Vorbedingung dafür ist die Einführung der obligatorischen Familienkrankenversicherung. Für offene Tuberkulose ist die Anzeigepflicht unbedingt geboten. An den unbedingt durchzuführenden Massenuntersuchungen sind alle praktischen Aerzte zu beteiligen, die hierfür besonders zu bezahlen und durch Kurse fortzubilden sind. Dr. Solbrig-Breslau.

Wege und Ziele der Tuberkulosebekämpfung. Von Dr. H. Ulrici, dirig. Arzt des städtischen Tuberkulosehauses Waldhaus Charlottenburg in Sommerfeld. Berliner klinische Wochenschrift; 1920, Nr. 5.

Verfasser fordert ein neues Reichs-Tuberkulosegesetz mit folgenden Regelungen: 1. Anzeigepflicht bei offener Tuberkulose. 2. Errichtung amtlicher Fürsorgestellen; Regelung ihrer Funktionen; Vorschriften über die Erfassung und Behandlung der Kindertuberkulose. 3. Festsetzung der unentgeltlichen Krankenhausbehandlung bei offener Lungentuberkulose; Bestimmungen über die Bettenzahlen für Lungentuberkulöse in den Krankenhäusern. 4. Bestimmungen über die Berufstätigkeit im Nahrungsmittelgewerbe, in der Kinderpflege sowie im Lehrfach zwecks Fernhaltung ansteckender Lungenkranker.

Dr. Solbrig-Breslau.

Aufgaben und Ziele der Lungenfürsorgestelle. Von Regierungs- und Medizinalrat Dr. Seiffert-Stettin. Blätter für Wohlfahrtspflege in Pommern; 1921, Nr. 1.

Wohltuend wirkt in der Arbeit das Interesse für den ärztlichen Stand: Es genügt nicht, daß die Fürsorgeschwester den Lungenkranken in bestimmten

Zwischenräumen besucht, die ärztliche Behandlung darf daneben nicht fehlen. Der behandelnde Arzt muß Hand in Hand mit der Fürsorgestelle arbeiten; die Frage, ob Fürsorgearzt oder ein anderer Arzt, kann von der ärztlichen Organisation entschieden werden, wenn sie überhaupt nur gelöst wird. — Zur Aufklärungsarbeit ist die Mitwirkung der Aerzte, Krankenkassen, der Lehrer, Geistlichen, Hebammen, Schwestern notwendig. Dr. Mayer-Meisenheim.

Lehrstühle für Tuberkulose. Von Dr. Hermann Renner-Hannsdorf, Mähren. Wiener klinische Wochenschrift; 1919, Nr. 21.

Verfasser, ein Landarzt, der an Tuberkulose erkrankt war und am eigenen Leibe Erfahrungen machen mußte, die glücklicheren Aerzten erspart bleiben, spricht sich im Sinne des leitenden Arztes der Lungenheilstätte für heimkehrende Krieger, Dr. Wilhelm Müller-Sternberg, für die Errichtung von selbständigen Universitätskliniken und Lehrstühlen für das Tuberkulosefach aus. Da zu befürchten sei, daß die von der Militärbehörde errichteten, zur Heilstättenbehandlung zur Verfügung gestellten Baracken nach einigen Jahren verfallen und aus Mangel an Geld nicht ordnungsgemäß weitergeführt werden können, da Neubauten aus demselben Grunde nicht erreicht werden, werden die wenigen Heilstätten und Fachärzte der schwellenden Flut der Tuberkulösen ohnmächtig gegenüberstehen, so daß die schreiende Not jeden einzelnen Arzt zur Leistung heranziehen wird. Außerdem sei die Ausbildung der Aerzte auf dem Gebiete der Tuberkulose ungenügend. Die Diagnosen würden in einer Zeit, wo die ernste Wahrheit allein am Platze wäre, verschleiert. „Magenkatarrh“, Neurasthenie“, „Anaemie“ müßten zur Vertuschung herhalten. Das Versteckspiel mit der Diagnose trage weiterhin Schuld an der ungenügenden Absonderung und an der Unbelehrbarkeit der Kranken über ihre Ansteckungsfähigkeit. Freiluftkuren auf dem Lande werden nicht durchgeführt, weil die Aerzte von ihrem Wert nicht überzeugt seien. Aus der Zeit vor dem Kriege gibt der Verfasser folgende Statistik nach von Medinger:

Es sterben in Deutschland bei einer Einwohnerzahl von 68 Millionen an Tuberkulose 96 000 bei einer Bettenzahl für Tuberkulöse von 40 000; während für Oesterreich die Zahlen waren: 54 Millionen, 158 000 Todesfälle und nur 4000 Betten. Dabei sei Wien selbst der Sitz der verherenden Seuche. Trotzdem der Wiener Wald so nahe sei, geschehe nichts.

Dr. Mayer-Meisenheim.

---

5. Rückfallfieber.

Zur Kasuistik des Rückfallfiebers. Von Dr. K. Kayser-Berlin-Wilmersdorf. Berliner klinische Wochenschrift; 1920, Nr. 6.

Der hier beschriebene Fall wurde durch den positiven Spirillenbefund einwandfrei geklärt. Der Fieberverlauf war aber atypisch, indem der fieberfreie Zwischenraum bald einen Tag, bald 2 und mehr Tage betrug. Bemerkenswert war außerdem eine positive Weil-Felixsche Reaktion, zwischen 1 : 400 und 1 : 200. Dr. Solbrig-Breslau.

---

6. Malaria.

Ueber wichtigere Probleme der modernen Malariaforschung. Von Prof. H. Ziemann-Berlin. Berliner klin. Wochenschrift; 1920, Nr. 28 und 29.

Die Malaria hat durch der Weltkrieg für Deutschland wie für alle Kulturstaaten eine außerordentliche Bedeutung erneut gewonnen. Ziemann als fachärztlicher Beirat hatte reiche Gelegenheit, Malariafälle bei Heeresangehörigen zu verfolgen. Er ist, wie er sagt, immer wieder betroffen gewesen, zu sehen, wie sehr die Malaria durch Ausfallen vieler Arbeitstage gerade unter den an sich sonst arbeitsfähigsten Teile unserer Bevölkerung auch wirtschaftlich eine sehr erhebliche Rolle spielt. Es waren besondere Gründe, die der Ausbreitung der Krankheit im Heere seit 1917 besonderen Vorschub leisteten (unrichtige Diagnose, falsche Behandlungsart, ungenügende Chininprophylaxe u. a. m.). Hinsichtlich der Chininprophylaxe bemerkt Ziemann, daß die

tägliche Prophylaxe (à 0,3 Chinin) im allgemeinen bei schwerer Malaria absolut versagt hat, während die von ihm selbst angegebene Prophylaxe (2 mal wöchentlich 1 g Chinin) aufs dringendste empfohlen wird.

Dr. Solbrig-Breslau.

Zur Frage der Mischinfektionen mit Tropica und Tertiana. Von Dr. W. Noter. Berliner klinische Wochenschrift; 1920, Nr. 4.

Auf Grund eines großen Krankenmaterials in einem Lazarett in Serbien kommt Verfasser zu folgenden Schlüssen:

1. Der Höhepunkt der Tropica-Fälle fällt etwa 1 Monat später, als der der Tertia-Fälle, ebenso bei den Mischinfektionen.
2. Die Mischinfektionen verlaufen hartnäckiger, als alle anderen Formen der Malaria.
3. Die Mehrzahl der Fälle spricht für Doppelinfektion.

Dr. Solbrig-Breslau.

Tagesnachrichten.

Am 22. April d. J. hat der zum Ministerpräsidenten vom Landtag gewählte bisherige Minister für Volkswohlfahrt Stegerwald die Mitglieder des neuen Ministeriums dem Landtage vorgestellt und dabei eine **Erklärung des Staatsministeriums** mit dessen Programm abgegeben. In diesem Programm haben mehr oder weniger alle wichtigen Aufgaben des Staats Berücksichtigung gefunden; trotzdem aber der jetzige Ministerpräsident das bisher von ihm geleitete Ministerium für Volkswohlfahrt beibehalten hat, ist die **Förderung der öffentlichen Gesundheitspflege und der Volksgesundheit** mit keinem Wort erwähnt. Hoffentlich ist diese auffallende Lücke in der ministeriellen Erklärung kein ungünstiges Prognostikon für die dringend notwendige Entwicklung des öffentlichen Gesundheitswesens in Preußen. Es darf wohl jetzt auch mit Sicherheit erwartet werden, daß nunmehr endlich die **Titelfrage der Medizinalbeamten** erledigt wird, die vom Herrn Minister Stegerwald selbst im Landtage s. Zt. als eine unerträgliche, der Abhilfe dringend bedürftige Frage bezeichnet wurde, zu deren Aenderung er allerdings erst einen Beschluß des Staatsministeriums für erforderlich hielt. Andere Ressortminister sind in dieser Hinsicht bekanntlich anderer Ansicht gewesen und haben die nach ihrer Ansicht notwendigen Aenderungen der Amtsbezeichnungen ohne einen zuvorigen Beschluß des Staatsministeriums herbeigeführt; sollte aber der Herr Minister für Volkswohlfahrt auch jetzt noch einen solchen für erforderlich halten, dann hat er ja als nunmehriger Ministerpräsident die beste Gelegenheit, seinen damals im Landtag vertretenen Standpunkt Geltung zu verschaffen und damit endlich eine Frage aus der Welt zu schaffen, deren bisherige Nichterledigung bei den ihm unterstellten Medizinalbeamten als eine unverdiente Zurücksetzung gegenüber anderen gleichartigen Beamten betrachtet wird und deshalb zu berechtigten, ihrer Arbeitsfreudigkeit keineswegs fördernden Mißmut Veranlassung gibt.

Die diesjährige Hauptversammlung des Deutschen Vereins für öffentliche Gesundheitspflege wird am Montag und Dienstag, den 12. und 13. September in Nürnberg stattfinden. Als einziger Verhandlungsgegenstand ist bestimmt: Deutsche Jugendnot; dazu sollen drei Vorträge gehalten werden, für die der vorbereitende Ausschuß folgende Ueberschriften festgesetzt hat: 1. Körperliche Schäden und ihre Heilung. 2. Seelische Schäden und ihre Heilung. 3. Zukunft unserer Rasse.

Medizinalbeamtenverein für den Reg.-Bez. Hildesheim. Die am 17. April d. J. anläßlich einer Abschiedsfeier für den in den Ruhestand getretenen Reg.- und Med.-Rat Geh. Med.-Rat Dr. Arbeit in Hildesheim versammelten Kreisärzte des Reg.-Bezirks Hildesheim, die bis auf die krankheitshalber verhinderten Herren Kollegen von Ilfeld, Alfeld und Einbeck erschienen waren, haben zwecks häufigerer Besprechung ihrer dienstlichen und wirtschaftlichen Interessen, sowie zwecks besseren Sichkennenlernens

die Gründung eines Medizinal-Beamtenvereins des Reg.-Bezirks Hildesheim beschlossen, zu dessen Vorsitzenden der Kreisarzt der Kreise Göttingen und Münden, Geh. Med.-Rat Dr. Meyer und zu dessen Schriftführer der Kreisarzt des Kreisarztbezirkes Goslar-Zellerfeld, Dr. Roos, gewählt wurde. Der Verein, dem auch der neue Reg.- und Med.-Rat Dr. Lembke beitrat, umfaßt lediglich die im Amte befindlichen Kreisärzte bezw. Stellvertreter. Er bezweckt baldmöglichen Anschluß an die übrigen Med.-Beamtenvereine der Provinz Hannover zwecks Ausbau zu einem Provinzial-Verein. Als Ort der nächsten Zusammenkunft, die zunächst noch einmal ohne Damen stattfinden soll, wurde Northeim ausersehen, und zwar soll der erste Sonntag im Oktober dieses Jahres dafür in Frage kommen.

Die **kreisärztliche Prüfung** haben in **Preußen** bestanden in den Jahren:

	im ganzen	davon mit dem Zeugnis sehr gut	gut	genügend		im ganzen	davon mit dem Zeugnis sehr gut	gut	genügend
1912	24	1	15	8	1916	12	1	9	2
1913	37	2	24	11	1917	14	1	10	3
1914	19	—	15	4	1918	24	2	21	1
1915	9	1	6	2	1919	28	2	23	3

Schwesterntracht für Hebammen. Laut ministerieller Verfügung ist den geprüften Hebammen gestattet, vom 1. April an eine besondere Bekleidung zu tragen. Sie schließt sich in der Hauptsache der Tracht der Krankenschwestern an. Als besonderes Zeichen tragen die Hebammen, die nunmehr die Bezeichnung „Hebammen-Schwestern" führen, eine mit dem Genfer Kreuz geschmückte Brosche mit der Inschrift: „Zum Wohle der deutschen Frauen und Kinder."

Sprechsaal.

Anfrage des Kreisarztes Dr. P. in H.: Sind amtsärztliche Zeugnisse über den Gesundheitszustand von Kriegerwitwen behufs Erlangung einer Erhöhung ihrer Witwenrente stempelpflichtig?

Antwort: Nein.

Württembergischer Medizinalbeamtenverein.

Die **sechzehnte Jahresversammlung** des württembergischen Medizinalbeamtenvereins wird am

Sonntag, den 22. Mai,

vormittags 10 Uhr, in Stuttgart im Vortragssaal des früheren Medizinalkollegiums, Azenbergstraße 14, abgehalten werden.

Tagesordnung:

1. Geschäftsbericht des Vorstandes.
2. Kassenbericht.
3. Freie Aussprache über die derzeitige wirtschaftliche Lage und die berufliche Stellung der württemb. Medizinalbeamten.
4. Die Typhusepidemie im Tübinger Konvixt. Berichterstatter Oberamtsarzt Dr. Schmidt in Tübingen.

Der Vereinsvorstand

Dr. Köstlin.

Verantwortlich für die Schriftleitung: Prof. Dr. Rapmund, Geh. Med.-Rat in Lippspringe.
Druck von J. C. C. Bruns, Minden i. W.

INHALT.

Geschäftsstelle und Versand für die Mitglieder des Medizinalbeamtenvereins durch J. C. C. BRUNS, Buchdruckerei, MINDEN i. WESTF.

Alleinige Anzeigen-Annahme und verantwortlich für den Anzeigenteil: HANS PUSCH, BERLIN SW. 48, Wilhelmstraße 28.

Personalien.

Deutsches Reich und Preussen.

Ernannt: Kreisassistenzarzt Dr. Janke, kommissarischer Kreisarzt in Oschersleben zum Kreisarzt daselbst, Kreisassistenzarzt Dr. Merkel in Kassel zum kommissarischen Kreisarzt in Witzenhausen, Kreisassistenzarzt Dr. Kalle in Ortelsburg zum kommissarischen Kreisarzt in Heinrichswalde (Kreis Niederung).

Versetzt: Die Kreisärzte Geh. Med.-Rat Dr. Schäfer in Gumbinnen nach Siegburg, Med.-Rat Dr. Schüler in Pinneberg nach Wandsbeck, Kreisarzt Dr. Schurmeyer, ständiger Hilfsarbeiter bei der Regierung in Arnsberg mit gleicher Eigenschaft an die Regierung in Düsseldorf, Kreisarzt Dr. Schulze in Klixbüll nach Hanau, Kreisarzt Dr. Zimdars in Strasburg (Westpreußen) als zweiter ständiger Hilfsarbeiter an das Polizeipräsidium in Berlin, Med.-Rat Dr. Feige in Marienburg nach Spandau.

In den Ruhestand getreten: Der Kreisarzt Geh. Med.-Rat Dr. Hauschild Breslau (Stadt).

Gestorben: Geh. Med.-Rat Dr. Artur Leppmann, Kreisarzt a. D. in in Berlin.

Bayern.

Versetzt: Bezirksarzt Dr. Linder in Zusmarshausen nach Kaufbeuren.

(Fortsetzung der Personalien auf der vorletzten Seite des Umschlags.)

34. Jahrg. **Zeitschrift** 1921.

für

MEDIZINALBEAMTE

Zentralblatt

für das gesamte Gebiet der gerichtlichen Medizin und Psychiatrie, des staatlichen u. privaten Versicherungswesens, sowie für das Medizinal- u. öffentliche Gesundheitswesen, einschl. der prakt. u. sozialen Hygiene

Herausgegeben
von

Prof. Dr. Otto Rapmund
Geh. Med.-Rat in Bad Lippspringe.

Offizielles Organ d. Deutschen, Preußischen, Bayerischen, Sächsischen, Württembergischen, Badischen, Hessischen, Mecklenburgischen, Thüringischen u. Braunschweigischen Medizinalbeamtenvereins

Verlag von Fischer's med. Buchhandlung H. Kornfeld
Herzogl. Bayer. Hof- u. K. u. K. Kammer-Buchhändler
Berlin W. 62, Keithstrasse 5

Nr. 10. | Erscheint am 5. und 20. jeden Monats | 20. Mai.

Zur Apotheken-Reform.

Von Kreisarzt Dr. Rathe in Höxter.

In Nr. 22 Jahrg. 1920 dieser Zeitschrift streift Rathmann verschiedene Apothekenfragen. Sein Urteil über die Apotheken lautet ziemlich ungünstig. Ich stamme aus einer Apothekerfamilie; ich war 7 Jahre beim Fach; in den letzten Monaten war ich als Beamter aus dem Osten bei der Regierung in Köln und habe in Vertretung des Herrn Reg.- und Medizinalrats eine Reihe Apotheken besichtigt —, mir ist das Urteil des Herrn Rathmann unbegreiflich. Gewiß gibt es in jedem Fache Mitglieder, die man gern ausschalten möchte, aber das sind doch Ausnahmen; so ist es glücklicherweise auch bei den Apothekern. — Es gibt auch Mißstände, die schwer auszurotten sind. Das trifft vor allem zu bei Infusum Digitalis, das leider in einzelnen Apotheken immer wieder angetroffen wird; hier ist das Vorrätighalten ein grober Kunstfehler. Die Apothekenbetriebsordnung verbietet fertige Abkochungen und Aufgüsse mit Ausnahme der in das Arzneibuch aufgenommenen; an dieser Bestimmung muß festgehalten werden. Als einzige Ausnahme kommt Inf. Ipecacuanhae in Betracht; es wird sehr

viel gebraucht und ist einige Zeit haltbar; Klagen über mangelnde Wirkung sind nicht bekannt geworden; bei lebhafter Rezeptur wird daher vielfach ein kleiner Vorrat geduldet. Alle anderen Infuse und Dekokte sind frisch zu bereiten.

Andere grobe Mißstände gibt Herr Rathmann nicht an. Er beruft sich dabei unglücklicherweise auf das Amtsgeheimnis. In der pharmazeutischen Presse wird in der letzten Zeit vielfach der Standpunkt vertreten, daß der Mediziner bei der Beaufsichtigung der Apotheken ausgeschaltet werden soll. Meiner Erfahrung nach sind die meisten Apotheker mit der bisherigen Aufsicht zufrieden, vor allem die älteren; eine kleine, aber das Wort führende Gruppe ist dagegen unzufrieden; es heißt, daß zu dieser Gruppe einige gehören, die durch strenge Revisionen verärgert sind. Diese Gruppe wird vermehrt werden, wenn schwere Anklagen ohne hinreichenden Beweis erhoben werden. Es ist dringend erforderlich, daß die bisherige Beaufsichtigung durch den Reg.- und Medizinalrat bestehen bleibt, ebenso die jährliche Musterung durch den Kreisarzt.

Das wichtigste Kapitel ist die Neuordnung der Besitzfrage. Seit Jahrzehnten wird über Privilegien, Konzession, Niederlassungsfreiheit und dergl. geschrieben. In unseren Nachbarländern treffen wir die verschiedensten Systeme. Persönlich kenne ich die Verhältnisse in der Schweiz; dort besteht Abitur und Niederlassungsfreiheit. Einzelne Apotheken haben hier einen gar zu geringen Umsatz an Rezeptur; im ganzen sind die Apotheken gut, aber die Preise für das einzelne Rezept durchschnittlich bedeutend höher als bei uns; selbstverständlich habe ich dabei die Verhältnisse vor dem Kriege im Auge. Allgemein hört und liest man bei Vergleichen mit dem Auslande immer wieder, daß die deutschen Apotheken zuverlässig sind und daß die Preise in den deutschen Apotheken am billigsten sind.

Die verkäuflichen konzessionierten oder privilegierten Apotheken haben einen großen Nachteil; sie werden zu hoch mit Hypotheken belastet, so daß der Apotheker vielfach für die Hypothekenschulden den größten Teil seines Verdienstes braucht. Beim Kauf muß der Apotheker wissen, daß der Staat durch diese hohen Hypotheken sich nicht von Neukonzessionen abhalten läßt. Im ganzen erscheint eine mäßige Vermehrung der Apotheken möglich; sie ist erwünscht zur Arzneiversorgung der Bevölkerung; sie ist ferner erwünscht, um möglichst vielen Apothekern das Recht auf eigenes Heim und Familie zu geben — zurzeit wird der Apotheker über 50 Jahre alt, ehe ihm das Glück einer Konzession blüht. Rapmund-Dietrich gibt an 6—8000 Einwohner in Städten, 8—10000 Einwohner in ländlichen Bezirken. Strenge Anklammerung an Zahlen ist nicht möglich; die unteren Grenzen von 6000 bezw. 8000 sind für manche Plätze sehr knapp. Es gibt Apotheken, wo bei aller Geschäftstüchtigkeit Frau Sorge ständiger Gast im Hause bleibt. — Nebenbei bemerkt ist es manchmal sehr schwer, über die Umsatz-

verhältnisse einer Apotheke sich zu unterrichten; der Kreisarzt wird häufig dazu nicht imstande sein.

Nun sind in dem Artikel die kleinen Städte besonders erwähnt. Nach meiner Erfahrung trifft man hier häufig die besten Apotheken, einerlei, ob privilegiert oder konzessioniert; es ist manchmal die Patrizierfamilie der Kleinstadt, die in Großvaters Hause wohnt. Es ist fraglich, ob man in solch kleinen Städten statt der einen guten zwei kaum existenzfähige Apotheken schaffen soll.

Es ist viel über die Ablösung der Privilegien und Realkonzessionen geschrieben worden; Rathmann gehört zu denen, die alle käuflichen Apothekenwerte ablösen wollen. Es wäre gut, wenn die Apotheken von dem Ballast der hohen Belastungen befreit würden, die durch die Privilegien und Konzessionen gebildet werden. Diese Idealwerte sind im Laufe vieler Jahrzehnte entstanden; ihre einfache Vernichtung ist nicht möglich, der alte Müller von Sanssouci würde dazu mit dem Kopfe schütteln. Zur Abtragung gehört sehr viel Geld; einige Vorschläge rechnen mit einem Zeitraum von 40 bis 50 Jahren. Eine befriedigende Lösung dieser Frage ist bis jetzt nicht gefunden. Daß das sog. Exklusivprivileg in erster Linie beseitigt wird, ist notwendig.

Bei dem hohen Preise der Rohstoffe und da ferner die Arbeitslöhne in den chemischen Fabriken und auch bei dem Personal der Apotheken erheblich gestiegen sind, müssen wir leider damit rechnen, daß die einzelnen Preise in den Apotheken bei Rezeptur und Handverkauf in den nächsten Zeiten hoch bleiben.

Es ist weiterhin von der Ausbildung der Lehrlinge die Rede. Da das Maturum jetzt eingeführt ist, so ist allgemein die Lehrzeit von drei auf zwei Jahre herabgesetzt. Leider ist die praktische Ausbildung im allgemeinen nicht mehr so gut wie früher. Die Großindustrie hat bewirkt, daß vielfach die Laboratorien verödet sind; chemische Präparate, Salben, Tinkturen liefert die Großindustrie besser und billiger und bequemer, als der Apotheker selbst herstellen kann. Nur exercitii causa stellt mancher Apotheker mit seinem Lehrling einige Präparate selbst her. Das können wir aber nicht ändern. Auch die Botanik tritt leider vielfach in den Hintergrund. Immerhin bleibt für den Lehrling ein großes Pensum, das er in zwei Jahren bewältigen muß. Auf die Gesetzgebung wird bei der Ausbildung wenig Gewicht gelegt. Die Prüfungsordnung redet von den gesetzlichen Bestimmungen, die für die Tätigkeit eines Gehilfen maßgebend sind. Dazu genügen einzelne Bestimmungen über Giftabgabe und Rezeptur, das andere kann für das Staatsexamen bleiben; Chemie, Physik, Botanik und Pharmakognosie genügen für zwei Jahre Lehrzeit.

Augenblicklich scheint durch die Einführung des Maturums der Andrang zur Pharmazie gering zu sein. Bei der Ueberfüllung aller Berufe wird wohl bald ein Ausgleich stattfinden.

Sollte tatsächlich ein Mangel an Personal eintreten, so wird die Frage der Helferinnen bezw. des zweiten Personals näher bestimmt werden müssen.

Zum Schluß ist kurz eine durchgreifende Reform der Gesetzgebung über den Arzneimittelhandel außerhalb der Apotheken erwähnt. Die Reform ist dringend zu wünschen, besonders die positive Liste, aber dabei scheinen die Schwierigkeiten noch größer zu sein, als bei mancher anderen Apothekenfrage.

Apothekenwesen und Medizinalbeamte.

Von Reg.- und Med.-Rat Dr. Döllner-Köln.

In Nummer 2 der Coblenzer Zeitung vom 3. Januar 1921 polemisiert der **Vorstand** des Apothekervereins des besetzten Westens dagegen, daß die Apothekenangelegenheiten in Preußen von beamteten Aerzten bearbeitet und entschieden werden und tritt für die — von ihm als „Selbstverwaltung (!?)" — bezeichnete Revision durch Fachgenossen ein, wie dies schon in Bayern, Württemberg und Baden gehandhabt werde. Der Vorstand des A. d. b. W. kommt zu dem Schlusse, die pharmazeutischen Bevollmächtigten der Besichtigungskommissionen zur Amtsniederlegung und die einzelnen Apotheker zum passiven Widerstand gegen die Medizinalbeamten aufzufordern.

Beide Aufforderungen scheinen nirgends Resonanz gefunden zu haben; denn nur so läßt es sich erklären, daß dieser höchst eigenartige Schritt genannten Vorstandes von keiner Seite ins richtige Licht gerückt worden ist. Da aber die Frage, ob der Mediziner aus der Bearbeitung und Beaufsichtigung des Apothekenwesens völlig auszuschalten ist oder nicht, wieder einmal und in sehr radikaler Form angeschnitten ist, dürften sich einige kurze Bemerkungen hierzu empfehlen.

Die Verabreichung von Medikamenten ist ein integrierender Bestandteil des ärztlichen Heilplanes. Die physiologische oder pathologische Wirkung dieser Mittel kann generell nur durch den Mediziner, im speziellen Fall durch den behandelnden Arzt, festgestellt werden; schon aus diesem Grunde ist es daher undurchführbar, aus der Ueberwachung des Verkehrs mit Heilmitteln den Mediziner auszuschalten. Wenn andere Bundesstaaten einen solchen Versuch gemacht haben, so ist dies noch kein Beweis für die Richtigkeit der angeführten Bestrebungen. Wohin es aber in jenen Bundesstaaten in der Praxis führt, dafür ist eine herrliche Illustration der Artikel eines Apothekers aus dem gelobten Württemberg in Nr. 2 des Lehrganges 1921 der Pharmazeutischen Nachrichten, überschrieben „Knapp noch gut". Dieser Aufsatz ist jedem Interessenten aus Apotheker- und Aerztekreisen zur Lektüre zu empfehlen. Seinem Inhalt und seiner Form ein Wort des Kommentars hinzuzufügen, hieße seine Wirkung abschwächen.

Es besteht aber nicht nur ein Interesse einzelner Aerzte und einzelner Patienten, an der medizinischen Mitwirkung in der Arzneimittelversorgung. Bedeutend weitgehender ist dies Interesse vielmehr auf seiten der Gesamtheit, also des Staates.

Es ist in Deutschland nicht — wie z. B. in den Vereinigten Staaten — jedem gestattet, eine Apotheke zu eröffnen, sondern der Staat erlaubt dies nur innerhalb ganz enger Grenzen persönlicher und dinglicher Art. Er schaltet also den freien Wettbewerb aus und gewährleistet demjenigen, dem er eine Apotheke „konzessioniert", gewaltige Vorrechte wie sonst keinem Handel- oder Gewerbetreibenden. Der Konzessionar genießt also diese Vorrechte als Ausfluß der Staatsverwaltung und nicht der „Selbstverwaltung" — wie der Vorstand des A. d. b. W. anzunehmen scheint. Demnach hat sich auch der konzessionierte d. h. bevorrechtete Apothekenbetrieb in den Rahmen der Staatsverwaltung einzufügen und er kann eine „Selbstverwaltung" im Sinne eigenen Aufsichtsrechtes nicht verlangen.

Auf der anderen Seite aber hat der Staat, der einem bestimmten Staatsangehörigen große Vorrechte sichert und ihm einen für die Allgemeinheit äußerst wichtigen Betriebszweig anvertraut, nicht nur das Recht, sondern sogar die Pflicht, diese Betriebe unter Kontrolle zu halten.

Zu diesem Zwecke läßt er besondere Beamte ausbilden. Hierzu ist der Verwaltungsjurist nach seiner Vorbildung natürlich ungeeignet und es kann nur derjenige hierzu verwendet werden, der, wie zu Beginn schon ausgeführt, die Wirkungsweise der medikamentösen Mittel zu beurteilen versteht — also der Medizinalbeamte. Der staatliche Verwaltungsmediziner wird über das Apothekenwesen, insbesondere auch über die Apothekenbetriebsordnung geprüft, hat also zu seinen Fachkenntnissen auch noch dieselben Kenntnisse in der gesetzlichen Materie wie der Apotheker. Die Bearbeitung der aus den — allerdings auf medizinischen Kenntnisssen aufgebauten — Gesetzen sich ergebenden Fragen ist sein Hauptgebiet; dazu auch die aus der ärztlichen Praxis zu beurteilende Frage nach dem Heilmittelbedarf der Bevölkerung. Es ist also sachlich sehr wohl begründet, daß der über Apothekenwesen vorgebildete Verwaltungsmediziner die Arzneianstalten, d. h. die Apotheken, überwacht; es ist auch kein Grund ersichtlich, warum ihm bei Apothekenbesichtigungen „passiver Widerstand" geleistet werden soll.

Einseitige Ueberwachung und Kontrolle durch Standesgenossen wird bei der geringen Anzahl von Apotheken und Apothekern unweigerlich zu Klagen wegen angeblicher oder tatsächlicher Parteilichkeit führen (vgl. den bereits zitierten Artikel in den Pharmazeutischen Nachrichten!). Man sollte doch eigentlich annehmen, daß gerade der persönlich uninteressierte Medizinalbeamte lieber gesehen würde, als ein Konkurrent, der auch beim ehrlichsten Willen sich nicht von menschlichen Schwächen freimachen kann.

Diejenigen Apotheken, die stets gut befunden wurden und

denen Anerkennung zuteil wurde, dürften auch nicht die Urheber der Bewegung sein!

Es liegen gerade in der Wesensart des Apothekenbetriebes so viele Momente, die nicht ganz haltfesten Charakteren manches nahelegen, was unbedingt im Interesse einer geordneten öffentlichen Heilmittelversorgung unterbleiben muß (eigene Kurpfuscherei, Zusammenarbeiten mit Kurpfuschern in den verschiedensten Formen, Geheimmittel u. s. f.), daß auch aus diesem Grunde der Staat eine Ueberwachung ausüben muß durch unparteiische Beamte — und dies kann, wie ausgeführt, weder der Jurist noch der Pharmazeut, sondern seiner Eignung nach nur der Verwaltungsmediziner sein.

Was aus der Neuerrichtung von Apotheken würde, wenn das Apothekenwesen ausschließlich von Apothekern bearbeitet und nur nach den Gutachten von Interessenten und Konkurrenten entschieden würde, können sich die konditionierenden Apotheker und das arzneibedürftige Publikum an den Fingern abzählen.

Was überhaupt mit dem jetzt so abgedroschenen Schlagwort von der „Selbstverwaltung"[1]) in diesem Zusammenhang gemeint sein soll, ist nicht ersichtlich; gemeint ist wohl die „Kontrolle ausschließlich durch Apotheker".

Es bedeutet dies die Ausschaltung desjenigen, dem der Apotheker seine Konzession mit ihren enormen Vorteilen verdankt — d. h. des Staates — und desjenigen, der an geordneter Arzneiversorgung seiner Bürger das größte Interesse hat und dafür verantwortlich ist — also wiederum des Staates.

Mit gleichem Rechte müßten dann die Besitzer von Anstalten für Nerven- und Geisteskranke verlangen, daß aus den revidierenden Kommissionen für diese Anstalten der Jurist und der Medizinalbeamte entfernt werden und nur Fachärzte darin wirken; dasselbe müßten die Besitzer sonstiger medizinischer Fachinstitute (Frauenkliniken, Augenheilanstalten u. s. f.) fordern. Dies ist aber nun und nimmer der Sinn der „Selbstverwaltung" — es ist vielmehr die Auflösung jedes inneren Zusammenhanges öffentlich-wichtiger Einrichtungen mit dem Staatsgefüge und Negation jeglicher staatlichen Autorität.

Erfreulich ist die Tatsache, daß der gesunde Geist der Apotheker des besetzten Westens sie bis jetzt vor der Ausführung der Aufforderung ihres Vorstandes bewahrt hat; denn, daß diese eine Aufforderung zum Widerstand gegen rechtskräftige Gesetze bedeutet, dürfte juristisch nicht zweifelhaft sein. Auch hätte der Versuch eines akademischen Standesvereins, sich mit solchen Mitteln Gehör zu verschaffen, dem Apothekerstande viel mehr geschadet, als das besonnene Verhalten seiner Mitglieder ihm zweifelsohne Sympathien erwirbt.

---

[1]) Erschöpfend ist die ganze Frage durch einen Fachgenossen, Herrn Kuttner, vor kurzem in der Pharmaz. Zeitung abgetan worden. Diesen trefflichen Ausführungen aus der Feder eines Apothekers braucht man kein Wort hinzuzufügen!

Kurze Mitteilung über giftige sogenannte Patentschweissleder.

Von Dr. Symanski, Kreisarzt in Meppen.[1])

In einer Zeit, wo gerade der Beamtenstand mehr als jeder andere genötigt ist, sparsam zu wirtschaften und sich mit Ersatzstoffen auf allen Gebieten des Lebens zu behelfen, so namentlich auch bei der Beschaffung von Kleidungsstücken, sei es mir vergönnt, im folgenden mit wenigen Worten auf eine Art von Ersatzschweißleder oder, wie der fachmännische Kunstausdruck lautet „Patentschweißleder“ in Herrenhüten einzugehen:

Im Frühjahr v. J. ließ ich durch ein hiesiges Geschäft zwei getragene Filzhüte einer größeren Leipziger Firma, die sich besonders mit dem Umpressen und Renovieren der Hüte befaßt, zu diesem Zwecke zugehen. Ich nahm einen der Hüte nach Empfang in Gebrauch und bemerkte, nachdem ich ihn bei schwülem heißen Wetter einen Tag getragen hatte, eine rings um Stirn und Hinterkopf gehende fleckige scharf umschriebene Röte der Haut, der ich zunächst eine weitere Bedeutung nicht beimaß. In ganz kurzer Zeit jedoch stellte sich eine dicke pralle Schwellung des geröteten Hautbezirks ein, die Hautporen erschienen vergrößert, winzige kaum stecknadelkopfgroße Bläschen wurden sichtbar. Die Haut fühlte sich prall und derb an, und außerdem machten sich subjektiv ein sehr lästiger Juckreiz und Spannungsgefühl bemerkbar. Im ganzen ähnelte das Bild sehr dem eines Erysipels. Da ich aber bald den Verdacht hegte, daß das neue Hutschweißleder das schuldige Agens sei, so entfernte ich dasselbe. Eine Abheilung trat aber erst in etwa 4 Wochen unter allmählichem Nachlassen der Erscheinungen und starker Abschuppung ein.

Im Herbst v. J. übergab ich den einen der renovierten Hüte mit der ausdrücklichen Bitte, durch die Leipziger Firma das zweifellos schädliche Schweißleder entfernen und durch ein „giftfreies“ ersetzen zu lassen. Ich erhielt nach einiger Zeit den Hut mit einem ganz ähnlich, wenn auch etwas mehr lederartig aussehenden Schweißleder zurück. Als ich vertrauensvoll den Hut auch nur einen Tag bei kühlem Wetter getragen hatte, stellten sich genau die gleichen Erscheinungen, wenn auch in geringerem Maße ein. Da ich durch den ersten Erfolg gewitzigt den Hut sofort fortlegte, so kamen die Entzündungserscheinungen auch in viel geringerem Maße zum Ausdruck und klangen in einigen Tagen ab. Zweifellos aber war wieder ein giftiges „Patentschweißleder“ verwendet worden.

Um über das Aussehen dieser Patentleder einige Worte zu sagen, so täuschen diese das Bild eines stark chagrinierten Leders vor: Sie glänzen stark, sind hellrotbraun gefärbt und zeigen auf der Rückseite eine leinwandähnliche Struktur. Was sie ferner von echtem Leder unterscheidet, ist ihre leichte Zerreißbarkeit. Sie haben einen gewissen scharfen spezifischen Geruch an sich, der sich jedoch nicht näher beschreiben läßt.

Nach einer mir zugegangenen privaten Mitteilung eines chemischen Untersuchungsamtes soll solches „Patentleder“, das sehr verbreitet sein soll, eine Phenolverbindung enthalten; sollte dieses richtig sein, dann würden sich damit auch die Veränderungen der menschlichen Haut und die sonstigen Beschwerden erklären lassen. Ebenso ist es aber auch denkbar, daß bei

---

[1]) Anmerkung bei der Korrektur: Vorliegende Mitteilung wurde im Dezember v. J. verfaßt. Ob inzwischen Maßnahmen gegen die Verwendung des Patentschweißleders getroffen sind, ist mir unbekannt, so daß sich auch jetzt noch die Veröffentlichung meiner damit gemachten Erfahrungen empfehlen dürfte.

längerem Tragen von Hüten mit derartigem „Patentleder" oder Verwendung solchen „Leders" als Achselschweißblätter sehr viel schwerere und dann nicht so leicht reparable Erkrankungen auftreten können. Da m. W. auch in den Kreisen der Hutfabrikanten es nicht unbekannt ist, daß giftige Ersatzschweißleder im Handel vorkommen, so dürfte zum mindesten Fahrlässigkeit vorliegen, wenn trotzdem Hutfabrikanten solche verwenden.

Zweck dieser Zeilen soll es sein, unsere oberste Gesundheitsbehörde auch auf diese Art von „Ersatzstoffen" aufmerksam zu machen.

Das Medizinal-Kollegium und die Neuordnung des Gesundheitswesens in Württemberg.

Von Med.-Rat Dr. Maisch in Oehringen.

Das Morgenblatt vom 25. April 1921 des Schwäb. Merkur (Nr. 185) bringt die Notiz: Wie wir hören, wird demnächst das Kultusministerium die Räume des Med.-Koll. am Herdtweg beziehen und das Med.-Koll. in das Böhringersche Haus in der Karlstraße übersiedeln.

Was man schon seit längerer Zeit da und dort sagen hörte, soll nun Tatsache werden. Der sang- und klanglosen Verabschiedung der verdienten Männer des Med.-Koll., Präs. von Nestle, Med.-Direktor von Rembold und Ob.-Med.-Rat Dr. Kohlhaas, aus den Räumen des Medizinalkollegiums am 31. Dezember 1919 soll nunmehr die Annexion des Med.-Koll.-Gebäudes folgen. Der schöne Bau an der Azenbergstraße, der von der Kammer der Abgeordneten für die Zwecke des Med.-Koll. und des Gesundheitswesens beschlossen und in den Jahren 1908—10 ausgeführt worden ist, soll nunmehr zu einem großen Teile andern Zwecken zugeführt werden; eine Absicht, die in allen ärztlichen Kreisen tiefste Verstimmung hervorgerufen hat. Damit, daß die Leitung des Gesundheitswesens Württembergs neu organisiert worden ist, sind doch die Bedürfnisse, die zum Bau des Med.-Koll.-Gebäudes geführt haben, nicht verschwunden. Der Wegfall von 2 Amtsräumen, die bisher von Med.-Direktor von Rembold und Ob.-Med.-Rat Dr. Kohlhaas besetzt waren, kann doch diese Maßregel nicht rechtfertigen. Sollte denn wirklich auch die Kammer der Abgeordneten damit einverstanden sein, daß der von ihr für Zwecke der Gesundheitspflege des Landes errichtete Bau anderen Zwecken zugeführt wird? Die ganze Aerzteschaft des Landes hat den schönen Bau als ein dankbar aufgenommenes Zeichen der Anerkennung angesehen, das die Stände des Landes ärztlicher Wissenschaft und ärztlichen Leistungen aufgerichtet haben. Was ist denn nun seit der Uebergabe an das Med.-Koll. geschehen, daß diese dem ganzen ärztlichen Stande werte, der Gesundheitspflege des Landes gewidmeten Stätte den Aerzten wieder abgenommen

werden soll? Was dazwischen liegt, ist der Krieg; ich dächte aber, der Aerztestand hat durch seine Leistungen während des Krieges etwas Besseres verdient als ein derartiges, kränkendes Vorgehen. Zudem: der Sitz der Med.-Behörden und die Laboratorien, die ja unter allen Umständen erhalten bleiben müssen, gehören zusammen. Bei der ganzen Neuorganisation des Med.-Koll. hat es sich in erster Linie um Vereinfachung gehandelt; heißt das nun Vereinfachung, wenn man eine räumliche Trennung vornimmt, die den Zusammenschluß des ganzen Gebäudekomplexes, der bei seiner Anlage als ein Ganzes gedacht ist, nunmehr wieder auseinander reißt? Das müßte doch überall als ein Schwabenstreich angesehen werden. Es sind seit Neuorganisation des Med.-Koll. $1^1/_4$ Jahre verflossen; es läßt sich daher übersehen, was die Allgemeinheit und was die Aerzteschaft durch diese Neuorganisation gewonnen hat. Ich behaupte, gewonnen ist bis jezt gar nichts, im Gegenteil. Die geträumten Ersparnisse sind vollständig ausgeblieben. Eine Sitzung des Landesgesundheitsrats verschlingt an Unkosten mehr, als die ganze Ersparnis an Gehältern ausmacht und wer die seitherigen Sitzungen des Landesgesundheitsrats mitgemacht hat, der wird sich sagen, daß eine kollegiale Beratung doch manches voraus hat, vor einer parlamentarischen Behandlung von medizinisch fachmännischen Fragen, die häufig ins Uferlose führt, weil neben der zu sehr ausgedehnten spezialistischen Behandlung auch noch da und dort der Dilettantismus sich ungebührlich breit macht.

Ich glaube niemand zu nahe zu treten, wenn ich sage, es ist ein Fehler gewesen, daß man das Med.-Kollegium aufgelöst hat, ohne vorher sich darüber im klaren zu sein, wie der Aufbau der Neuorganisation geschehen solle. Um das Ueberstürzte des Auflösungsbeschlusses zu verstehen, ist es von Interesse, die Kammerverhandlung vom 2. und 3. Oktober 1919 nachzulesen.

Auf der Tagesordnung des 2. Oktober 1919 stand: Erste Beratung des Entwurfes eines Gesetzes, betreffend die Neuordnung des Gesundheitswesens im Geschäftskreis der inneren Verwaltung. Als erster nahm der Abg. Dr. med. Etter das Wort, der sofort darüber Klage führte, daß der gedruckte Gesetzentwurf erst am Morgen des Sitzungstages den Abgeordneten in die Hände gekommen sei; diese Eile entspreche nicht der Gepflogenheit des Hauses. Trotz des Widerspruchs des Ministers wurde auf Antrag Dr. Etters die Ueberweisung der Vorlage an eine Kommission beschlossen. Der Minister des Innern, Dr. Lindemann, war der Meinung, eine ausgedehnte Vorberatung habe ja schon im vorigen Landtag stattgefunden, was dem Abgeordneten Dr. Mühlberger zu dem Einwurf veranlaßte, daß unterdessen neue Abgeordnete eingetreten seien, denen die Sache vollständig neu sei. Am 3. Oktober kam dann

der Entwurf aus der Kommission schon wieder an die Kammer zurück. Gegen dieses Eiltempo führte die Abgeordnete Zetkin berechtigte Klage: „Es soll eine Entscheidung getroffen werden, obwohl noch kein einziges Mitglied des Hauses die Begründung des Entwurfs durchzulesen und sich mit der Frage zu beschäftigen imstande war.“ Angenommen wurde der Regierungs-Antrag hauptsächlich infolge der Begründung durch Minister Lindemann, daß sowohl das Med.-Kollegium, als der ärztliche Landesverein in der Sache gehört worden sei. Lediglich der Versicherung des Ministers, daß ja alles nach den Wünschen der ärztlichen Vertretungen geordnet werden solle, war die Ursache, daß weitere Einwendungen unterblieben. Das, worauf es der Aerzteschaft bei der Organisationsänderung vor allem anderen ankam, nämlich die Loslösung von der Bevormundung durch die Verwaltung, kam bei der Art wie Minister Lindemann den Entwurf durch die Kammer peitschte gar nicht zur Geltung, und wurde, als Dr. Etter und die Abgeordneten Bazille, Körner und Zetkin darauf hinwiesen, durch den Minister einfach auf die Seite geschoben. Diese Eile ist um so auffälliger, da ja als Tag der Auflösung des Medizinal-Kollegiums der 1. Januar 1920 festgesetzt war und sonach genügend Gelegenheit vorhanden gewesen wäre, der Behandlung des Gesetzentwurfs die nötige Zeit zu gönnen. Ohne Widerspruch konnte ein Abgeordneter erklären, wie viele oder wie wenige sind unter uns, die sagen können, sie hätten von gestern früh bis heute auch nur die Protokolle nachgelesen, auf die sich die Begründung der Vorlage beruft. So ist der Behandlung des Entwurfs der Vorwurf nicht zu ersparen, daß die Neuordnung beschlossen worden ist, ohne daß sich die Gesetzgeber über die Bedingungen, unter denen die Neuorganisation ausgebaut werden solle, klar werden konnten. Die Abgeordneten mußten nach den Erklärungen des Ministers glauben, daß ja alles nach den Wünschen der ärztlichen Vertretungen geordnet werden würde und daß der Aufbau der Neuorganisation auf Grund gegenseitigen Einverständnisses zwischen Regierung und ärztlicher Vertretung zustande kommen werde bezw. bereits in diesem Sinne festgelegt sei. Es wäre die Pflicht des Ministers gewesen, auch seinerseits der Kammer die Voraussetzungen mitzuteilen, unter denen die Aerzteschaft die Neuorganisation des Gesundheitswesens empfohlen hat. Wie das Med.-Kollegium und der Med.-Beamtenverein, so hat auch der ärztliche Landesausschuß als erste Forderung aufgestellt und der Abg. Dr. Etter hat dies gleich zu Anfang seiner Ausführungen am 2. Okt. 1919 betont: An der Spitze des Gesundheitswesens soll ein Arzt stehen und die Berichterstattung bei dem Minister soll unbedingt ohne Zwischenschaltung eines Verwaltungsbeamten vor sich gehen.“

Schon bei den Kammerverhandlungen am 7. Juni 1912 wurde durch den Abgeordneten Liesching geltend gemacht: Wir wollen, daß die Med.-Referenten direkt mit dem

Minister verkehren und nicht, daß alles wieder durch einen Verwaltungsmann geht. Der Zweck der Neuordnung sei die engere Berührung des Ministers mit dem Medizinalwesen. Im ähnlichen Sinne äußerten sich Rembold und Gröber. Um so auffallender ist es, daß Minister Lindemann diese Forderungen einfach überging; nur so läßt sich die gewaltsame Durchpeitschung des Entwurfs durch die Kammer erklären, daß dadurch eine Klarstellung des wichtigsten Punktes, nämlich die Beseitigung der juristischen Bevormundung, vermieden werden sollte.

Eine weitere Forderung der Aerzteschaft war die, daß der Min.-Direktor zugleich Vorstand des Landesgesundheitsrats sein solle (soweit nicht der Minister selbst den Vorsitz im Landesgesundheitsrat führe).

Tatsächlich ist aber alles beim Alten geblieben. Wiederum, wie bisher, ist ein Verwaltungsbeamter zwischen den ersten ärztlichen Rat und die höchste Stelle — den Minister — eingeschaltet worden, der in allen nicht unmittelbar vom Minister selbst zu erledigenden Dingen das Gesundheitswesen verwaltet. Wieder, wie bisher, ist es in das Belieben des Verwaltungsmannes gestellt, wie weit er das annehmen will, was ihm der ärztliche Berichterstatter vorgetragen hat. Er kann also auch in technischen Fragen bei mündlichem Bericht beim Minister den Ansichten des Technikers seine Ansicht gegenüberstellen und dafür beim Minister plädieren.

Auf Veranlassung des ärztlichen Landesausschusses wurden deshalb der Vorsitzende Dr. Mandry und der Abgeordnete Dr. Etter am 22. April 1920 beim Min. d. I. Dr. Heymann vorstellig: „Auf unser Vorbringen, der L. A. sei der Ansicht, daß das, was bisher über die Neuregelung des Gesundheitswesens bekannt geworden sei, nicht dem entspreche, was uns in Aussicht gestellt worden sei; insbesondere sei unser einmütiger Wunsch, daß ein Arzt an der Spitze des Gesundheitswesens stehen solle, nicht erfüllt.“ Darauf antwortete der Minister:

„Es bestehe allgemein das Bestreben, die selbständigen Kollegialbehörden abzuschaffen und die Techniker von der juristischen Bevormundung zu befreien; deshalb sei das Medizinal-Kollegium aufgelöst und nicht durch eine Medizinal-Abteilung ersetzt worden. Ob Medizinal- oder Ministerialdirektor, sei eine Personalfrage, grundsätzliche Bedenken gegen einen Ministerialdirektor habe er nicht. Die Medizinalreferenten seien zum direkten Verkehr mit dem Minister berechtigt; wo schriftlicher Bericht erfolge, gehe dieser durch den Ministerialdirektor, der ihn eventl. mit seiner Stellungnahme unabgeändert vorlegt. Wenn bisher der direkte Verkehr noch nicht zur Regel geworden sei, liege dies an der räumlichen Trennung, die später wegfalle.“

Auf die weitere Frage wegen des Vorsitzes im Landesgesundheitsrat und in den Prüfungskommissionen erfolgte die Antwort:

„Ueber die Prüfungskommission sei er im einzelnen augenblicklich nicht unterrichtet, hierüber seien auch Verhandlungen mit der Med. Fakultät nötig. Den Vorsitz im Landesgesundheitsrat habe, wenn dieser, was nur selten vorkommen werde, als Ganzes zusammenkomme, der Minister selbst; die Vor-

sitzenden der einzelnen Abteilungen seien Fachleute, bei den ärztlichen Abteilungen also Aerzte.“

Seitdem ist wieder ein volles Jahr dahin gegangen und wieder ist alles beim alten geblieben. So bleibt der Aerzteschaft nichts übrig, als aufs neue ihre Wünsche vorzutragen. Was in andern Ländern möglich ist, das sollte sich doch auch in Württemberg durchführen lassen, und wenn das Ministerium selbst das Gefühl hat, daß die technischen Behörden von der jurischen Bevormundung befreit werden sollten, so möge doch endlich von den Erwägungen zur Tat geschritten werden und so sei auch hier nochmals die Bitte an die leitenden Behörden und an alle, die es angeht, ausgesprochen:

„Befreien sie uns endlich von der juristischen Bevormundung! Lassen sie den schönen Bau an der Azenbergstraße auch fernerhin den Zwecken dienen, für die er seinerzeit auch von den Ständen errichtet worden ist!“

Kleinere Mitteilungen u. Referate aus Zeitschriften.

A. Bakteriologie und Bekämpfung der übertragbaren Krankheiten.

1. Geschlechtskrankheiten und deren Bekämpfung.

Die Pathologie und Therapie der Syphilis im Lichte der modernen Forschungsergebnisse. Ein Fortbildungsvortrag. Gehalten im Wiener medizinischen Doktorenkollegium am 22. März 1920. Von Prof. Dr. E. Finger. Wiener klin. Wochenschrift; 1920, Nr. 18.

Der neuesten Zeit vorbehalten blieb auf dem Wege der Liquoruntersuchung die Feststellung, daß nächst der Haut die Hirnhäute am häufigsten eine Spirochäteninvasion erfahren. Hierauf, und nicht auf Intoxikation, sind die verschiedenen nervösen Beschwerden der Frühluetiker zurückzuführen. Die Erfahrungen der letzten Jahre lehrten ferner, daß bei der frischen sekundären Syphilis die Anwendung zu geringer Salvarsandosen in diesem Stadium für den Patienten direkt gefährlich werden kann. Die in den ersten Jahren der Salvarsananwendung an den Hirnnerven beobachteten beängstigenden Erscheinungen, Hemiplegien, Lähmungen im Gebiete des Okulomotorius, Facialis, Erkrankungen im Gebiete der Sinnesnerven erklären sich dadurch, daß, wie andere Arsenverbindungen, auch das Salvarsan im Organismus sehr ungleich verteilt wird und nur in geringer Menge in das Gehirn und seine Lücken gelangt. Bei kleinen Salvarsandosen wird in das Zentralorgan nur wenig, in die Haut dagegen genügende Quantität gelangen. Die Spirochäten in den Meningen werden daher nicht betroffen werden und unbeeinflußt von immunisatorischen Wechselwirkungen auskeimen.

Bei latenter Lues und negativem Blutbefund wird die Untersuchung der Zerebrospinalflüssigkeit ein positives Ergebnis haben, wenn eine Ansiedlung von Spirochäten im Zentralorgan oder dessen Hüllen erfolgt ist. Da diese Erkrankung auffällige klinische Symptome nicht zu haben braucht, sind Liquoruntersuchungen häufig gerade in diesem Stadium von großem diagnostischem Werte. Dr. Mayer-Meisenheim.

Ueber einen Todesfall durch Gonorrhoe. Von Med.-Rat Dr. Vollmer-Kreuznach. Aerztliche Sachverständigen-Zeitung; 1920, Nr. 10.

Zu den bisher äußerst selten beobachteten plötzlichen Todesfällen rapid verlaufender Gonorrhoe liefert Verfasser folgenden interessanten Beitrag: Ein 19jähriges, kräftiges Dienstmädchen war, nachdem es sich etwa 14 Tage lang nicht ganz wohl gefühlt und zuletzt erbrochen hatte, plötzlich umgefallen und war dann alsbald gestorben. Die Obduktion ergab als Todesursache eine eitrige Bauchfellentzündung, ausgehend von eitriger (gonorrhoeischer) Erkrankung der

Geschlechtsteile. Vielleicht lag eine besondere Virulenz des Eiters vor. Auffallend war auch, daß das Mädchen bis zuletzt ihre nicht leichte Arbeit auf dem Lande verrichten konnte. Dr. Solbrig-Breslau.

Die Anzeigepflicht bei Geschlechtskrankheiten. Von O. Rosenthal. Berliner klin. Wochenschrift; 1920, Nr. 16.

In diesem in der Berliner medizinischen Gesellschaft erstatteten Bericht erörtert Rosenthal das Für und Wider der Anzeigepflicht und bekennt sich dabei zu dem in der Berliner dermatologischen Gesellschaft gefaßten Beschluß, nach dem ein Ausbau der Gesetzgebung zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten zwar als notwendig angesehen, aber vor undurchführbaren und schädlichen Bestimmungen gewarnt wird; eine allgemeine Anzeigepflicht wird abgelehnt, wohl aber eine Bestimmung gefordert, nach der der Arzt in besonderen Fällen das Anzeigerecht ausüben darf. Dr. Solbrig-Breslau.

2. Malaria.

Ueber einige klinische Besonderheiten der Malaria. Von H. Schäfer. Aus der inneren Abteilung des städtischen Krankenhauses Harburg. Berliner klinische Wochenschrift; 1920, Nr. 3.

Die Malaria ist in Deutschland stärker verbreitet als meist angenommen wird. Es handelt sich dabei häufig um Rezidive oder larvierte Malaria, wobei die Kranken nichts von ihrer Erkrankung wissen und die Krankheit atypisch verläuft. Die Diagnose ist in solchen atypischen Fällen durch Plasmodiennachweis nur nach energischer Provokation (am besten mit Höhensonnenbestrahlung der Milz) zu sichern. Die Therapie durch Chinin oder Euchinin führt meist zum Ziele. Dr. Solbrig-Breslau.

Theorie und Praxis der Malariatherapie und -Prophylaxe. Von Dr. Huntemüller, Prof. in Gießen. Berliner klin. Wochenschrift; 1920, Nr. 8.

An einem großen Material zeigt Verfasser, aus welchen Gründen die Chininwirkung in Therapie und Prophylaxe häufiger versagt hat. Er betont die Wichtigkeit, das Chinin so zu geben, daß es zur Zeit, in der die Mücke sticht, in möglichst hohe Konzentration im Blut vorhanden ist, also in täglichen Dosen von 0,3 ein bis zwei Minuten vor Sonnenuntergang. Für die Prophylaxe ist das Chinin an zwei aufeinander folgenden Tagen der Woche oder noch besser alle 4 Tage zu geben. Uebrigens ist auch festzustellen, daß es auch ohne Chininprophylaxe bei sicherer Infektion mit Malariaplasmodien nicht immer zum Ausbruch der klinischen Symptome zu kommen braucht, was dann auf die Widerstandskraft des Körpers zurückzuführen ist.

Dr. Solbrig-Breslau.

Die Malariaepidemie bei Kriegsteilnehmern. Von Dr. Walterhöfer. Beiträge zur Klinik der Infektionskrankheiten; Bd. 8, H. 1—2.

Auf Grund eines Materials von 1700 Fällen kommt Verfasser zu dem Schluß, daß er, obwohl er nicht imstande war, eine allerdings beträchtliche Anzahl hartnäckiger Rückfälle zu verhüten, darin keinen Mißerfolg unserer Behandlungsmethode erblickt. Die Chinin-Therapie versagt nur dann, wenn die Parasiten sich vorzugsweise in einem lebenswichtigen Organ lokalisiert hatten. Von den 1700 starben 10. Dr. Wolf-Hanau.

3. Zoonosen.

Zur Kenntnis des chronischen Rotzes. Von Dr. A. W. Bauer. Aus der med. Abteilung der Allg. Poliklinik in Wien. Prof. J. Mannaberg. Wiener klinische Wochenschrift; 1919, Nr. 47.

Ein 48jähriger Droschkenkutscher hatte im November 1918 im Anschluß an ein Trauma am rechten Ellenbogen ohne Hautverletzung eine eitrige Entzündung daselbst durchgemacht. Es traten zahlreiche periartikulare und Muskelabszesse bei hohen septischen Temperaturen, dabei aber auffällige Euphorie und relative Pulsverlangsamung auf. Erst am 18. Mai teilte der am 10. Dezember 1918 erstmalig ins Krankenhaus aufgenommene Patient mit, daß

in seinem Stalle zwei Pferde an akutem Rotz erkrankt seien. Der aus einem neu aufgetretenen Abszeß gewonnene Eiter intraperitoneal Meerschweinchen injiziert (Straußscher Versuch) verlief zwar negativ, die serologische Blutuntersuchung (Agglutination und Komplementbindungsreaktion) stellten aber die Diagnose sicher. Ein Bruder des Patienten wurde am 25. Mai mit einer Temperatur von 39° und der Diagnose Ischias eingeliefert. Er hatte zahlreiche Hautabszesse, Rhinitis, auffällige Euphorie. Dieser Kranke war in demselben Stalle bedienstet, wie sein Bruder und starb am 1. Juni. Ueberführung in die Infektionsabteilung fand bei beiden erst Ende Mai statt.

Aus dem Obduktionsbefund bei dem zweiten Kranken sei hervorgehoben: Haut des Rumpfes und der Gliedmaßen mit hirsekorn- bis zwei hellergroßen Knoten, die nahezu sämtlich zentral vereitert sind. Kleine Abszesse in der Streckmuskulatur beider Oberschenkel. Sämtliche Lungenlappen von bis nußgroßen subpleural liegenden, z. T. eingeschmolzenen nekrotischen Herden durchsetzt.

Der Unfall: Quetschung des l. Ellenbogens des ersten Patienten geschah beim Einwaggonieren seiner Pferde, unter denen sich ein im August 1918 in der Ukraine gekauftes befand. Der Autor nimmt nun an, daß das infizierende Pferd schon vorher in der Ukraine infiziert worden sei, als Bazillenträger die Krankheit eingeschleppt habe und im Latenzstadium den Rotz zuerst auf den Menschen, 9 Monate darauf die für Rotz bedeutend empfänglicheren Pferde in demselben Stall infiziert habe. Ein manifester Rotzherd wäre sicher vorher entdeckt worden. Nach Babes ist eine Uebertragung von latentem Rotz auf den Menschen noch nicht nachgewiesen worden. Der Verfasser nimmt daher an, daß der vorliegende Fall der erste in der Literatur festgelegte sei.

Dr. Mayer-Meisenheim.

4. Sonstige Krankheiten.

Ueber Leichen trichophyticus. Vortrag in der Gesellschaft der Aerzte in Wien am 16. April 1920. Von G. Riehl. Wiener klinische Wochenschrift; 1920, Nr. 21.

Der Aufsatz interessiert im Anschluß an die in Nr. 8 Jahrg. 1920 der Zeitschrift erschienene Arbeit von E. Vollmer. Die Krankheit, die in Deutschland und der Schweiz häufig, in Wien bisher sehr selten war, wurde 1911 zuerst von Jadassohn beschrieben und hauptsächlich bei Kindern mit Kerion Celsi, selten bei Männern mit Sycosis parasitica gefunden. Von der tiefen Trichophytie abhängig tritt ein Hautausschlag auf, der aus isoliert stehenden Knötchen besteht, die mit Masern verwechselt werden können. Sie sind an den Haarbälgen lokalisiert, durch ziemlich derbe Konsistenz und ein Hornschüppchen an der Spitze ausgezeichnet. Die Eruption kann von erhöhter Körpertemperatur, Milz- und Drüsenschwellung begleitet sein.

Man nimmt an, daß aus den tiefen Trichophytieherden verschleppte Pilze bei Allergie der Haut die Ursache der Trichophytide bilden.

Dr. Mayer-Meisenheim.

Die Differentialdiagnose zwischen Mikrosporie und oberflächlicher Trichophytie des behaarten Kopfes. Von Privatdozent Dr. Robert Otto Stein. Aus der Universitätsklinik für Geschlechts- und Hautkrankheiten in Wien. Wiener klinische Wochenschrift; 1920, Nr. 37.

Während des Krieges kam in Wien kein Fall von Mikrosporie zur Beobachtung. 1919 wurde ein Herd in einer Gemeindeschule entdeckt, der 5 Fälle umfaßte; 1920 eine Endemie in einem Waisenhause ermittelt. Ein durch die Kinderhilfsaktion in die Schweiz entsandtes Waisenkind infizierte sich dort und übertrug die Krankheit zu Hause auf 4 Zöglinge desselben Institutes. Die Diagnose der ersten Fälle, der Ausschluß der Kinder vom Schulbesuch, die genaue Untersuchung der Geschwister und der Schulkameraden ermöglichen es, die Epidemie im Keime zu ersticken. Klinisch ist die Krankheit charakterisiert als eine intensiv grau bestaubte, fast völlig reaktionslose, schuppende, meist kreisrunde Scheibe, in deren Bereich, einer abgemähten Wiese ähnlich, sämtliche Haare in gleicher Höhe abgebrochen sind. Bei der Trichophytie dagegen werden nicht alle Haare befallen, einzelne bleiben normal lang und

normal gefärbt und stehen als Büschel mitten im haarlosen Fleck. Zur Behandlung empfiehlt Stein konzentriertes Wasserstoffsuperoxyd in Form von Perchydrol bei kleinen oberflächlichen Mykosen nach vorheriger Epilation aufzutragen. Dasselbe soll 2 mal täglich erfolgen. Aus der Mündung des Follikels treten alsdann Sauerstoffbläschen aus. Dr. Mayer-Meisenheim.

Manikürinfektionen. Von Primarius Dr. Herbert Körbl-Wien. Wiener klinische Wochenschrift; 1920, Nr. 6.

Das Gewebe, das bei der Nagelpflege am meisten einer Verletzung ausgesetzt wird, ist der Nagelwall, der sich mit einem feinen Häutchen innig dem Nagel anlegt. Dieses hat den Zweck, die sehr empfindliche Hauttasche des Nagelblutes abzuschließen und es vor Schädigungen zu schützen. Bei der Maniküre wird nun dieses Häutchen mit feinen Scheren abgetragen oder mit Gewalt unter Anwendung von Instrumenten vom Nagel abgedrängt. Alsdann wird der Nagel unter Anwendung einer Paste und eines Puders poliert. Sind vorher kleine Schädigungen gesetzt worden, so werden solche künstlich durch diese Mittel geschlossen; Infektionen aber haben reichlich Gelegenheit, in der Tiefe der Gewebe weiter zu gehen. Unrein sind aber die benutzten Instrumente, der angewandte Puder oder die Salben und der mit Leder bespannte Polierer, der direkt über die Haut gleitet. So ist es erklärlich, daß der Verfasser Gelegenheit hatte, Infektionen von mancherlei Art nach dieser Art der Handpflege zu beobachten, und zwar nicht bloß Paronychien, Panaritien mit Erkrankung der Fingersehnen, der Gliedknochen, der Fingergelenke mit einer Heilungsdauer von 3—10 Wochen, sondern sogar Fälle von Hand- und Armphlegmone mit lebensbedrohendem Charakter und allgemeinen septischen Erscheinungen. Von der Armphlegmone heißt es: Beginn schweres ossales Panaritium der Endphalanx, tiefe Hohlhandphlegmone. Mehrfache ausgedehnte Inzisionen. Septische Thrombophlebitis, allgemeine septische Erscheinungen. Amputation des Vorderarmes. Heilungsdauer 2 Monate. Ferner sah er unter insgesamt 32 Fällen von Manikürinfektionen 3 Fälle von Erysipel. Der Autor fordert, daß jeder mit der Handpflege sich berufsmäßig Befassende unter Strafandrohung angehalten werden müsse, die Instrumente zu desinfizieren und die angewandten Salben vor der Berührung mit der Haut zu bewahren. Diese sind vielmehr mit einem nur hierzu dienenden Instrumente zu entnehmen, das nicht mit der Haut in Berührung kommen darf. (Referent möchte aber auch auf die chemische Beschaffenheit der angewandten Salben hinweisen, die gewiß während des Krieges nicht einwandfrei war. Nicht bloß die eigenen Erfahrungen mit unreinen Terpentinsalben oder -Mischungen, die Erfahrungen bei landwirtschaftlichen Unfällen und ihre Behandlung mit Volksheilmitteln seien den Beobachtungen Körbls an die Seite gestellt; auch der Fall von Gleitsmann mit dem von Ledderhose begutachteten tödlichen Ausgang nach Selbstmassage mit Kampheröl sei hier erwähnt.) Dr. Mayer-Meisenheim.

B. Hygiene und öffentliches Gesundheitswesen.

1. Gewerbehygiene.

Gewerbehygienische Erfahrungen über die Giftigkeit der Teerfarben. Von Dr. Brachfeld-Offenbach a. M. Zentralbl. f. Gewerbehygiene; 1920; H. 7—8.

Man hat die Erfahrung gemacht, daß die Teerfarbstoffe fast alle für die Haut und die Schleimhaut der Arbeiter wenig oder gar nicht reizend wirken. Wie einige Menschen gegen andere chemische Körper (Jodoform, Sublimat und andere Quecksilberpräparate, Xeroform usw.) besonders empfindlich sind, so gibt es anscheinend auch einzelne Menschen, die eine besondere Empfindlichkeit gegen Teerfarben oder einzelne Teerfarben oder Farbstoffgruppen haben (Schwefelfarben, Echtmarineblau). Sicher ist die weitaus größte Mehrzahl der Teerfarbstoffe harmlos und ungefährlich. Dr. Wolf-Hanau.

Statistische Erhebungen über Blasentumoren bei Arbeitern in der chemischen Industrie. Von Prof. Dr. Curschmann-Wulfen. Zentralbl. für Gewerbehygiene; 1920, H. 8—9.

Die Zahl der beobachteten Fälle im Verhältnis zur Zahl der Beschäf-

tigten weist zwar auf den Zusammenhang zwischen Beruf und Krankheit hin — auf 80 bis 10000 Beschäftigte höchstens 200 Erkrankungen —, ist aber so klein, daß individuelle Momente eine ausschlaggebende Rolle für die Entstehung der Erkrankung spielen müssen. Nur nach mehrjähriger Beschäftigung mit den in Frage kommenden chemischen Stoffen treten Erkrankungen der Blase auf, deren Art von der Dauer der Beschäftigung unabhängig ist. Welche chemische Produkte es sind, ist noch unsicher, vielleicht aromatische Basen und B-Naphthylamin. Die gleichen chemischen Körper können sowohl Blasenerkrankungen, als auch gutartige oder bösartige Tumoren verursachen.

Dr. Wolf-Hanau.

Beobachtungen und Untersuchungen über das anaphylaktische Bronchialasthma infolge von p-Phenylendiamin-Fellfarbstoffen. Von Dr. C. Gerdon. Zentralbl. f. Gewerbehygiene; 1920, H. 10—11.

Aus den Ausführungen geht soviel hervor, daß es sich bei dem Asthma der Fellfärber nicht um die Aeußerung einer Intoxikation, sondern um die einer Anaphylaxie handelt. Das eröffnet sehr wesentliche therapeutische Ausblicke. Curschmann rät, planmäßig Arbeitern in der Fellfärberei und dem Kürschnergewerbe, die mit diesem Farbstoff in Berührung kommen, prophylaktisch größere Dosen Kalzium zu verordnen. Dr. Wolf-Hanau.

Ueber künstliche Atmung mit und ohne Zufuhr von hochprozentigem Sauerstoff. Von Gewerberat Wauer in Berlin-Lichterfelde. Zentralblatt für Gewerbehygiene; 1920, H. 8.

Der Verfasser berichtet über die Untersuchungen von Prof. Loewy und Prof. Dr. G. Meyer-Berlin, die zu dem Ergebnis kommen, daß den Ansprüchen für Rettung bei Gasvergiftungen, wo es auf schnelle Zufuhr möglichst hoch konzentrierten Sauerstoffs ankommt, das Bratgerät entschieden am vorteilhaftesten ist; es hat allerdings, ebenso wie der Handpulmotor von Draeger, den Nachteil der Umsteuerung bei Ein- und Ausatmung von Hand und läßt nicht erkennen, ob überhaupt genügend Sauerstoff in die Lungen strömt. Diesen Nachteil weist der ältere Pulmotor von Draeger nicht auf, denn er zeigt durch die selbsttätige Wirkungsweise bezw. das Ausbleiben der Umschaltung an, ob der notwendige Füllungszustand der Lungen erreicht war oder nicht, und bietet dadurch die Möglichkeit einer Kontrolle; auch läßt er erkennen, ob die Luftwege zur Lunge frei sind.

Verfasser ist der Meinung, daß gerade bei Vergiftungen durch Kohlenoxyd eine Vereinigung der künstlichen Handatmung nach Silvester-Brosch mit Sauerstoffzuführung unmittelbar aus einer Sauerstoffbombe am geeignetsten ist. Dr. Wolf-Hanau.

---

2. Schulhygiene.

Urinuntersuchungen in der Schule. Von Stadtassistenzarzt Dr. Weinberg-Bochum. Zeitschrift für Schulgesundheitspflege; 1920, Nr. 7 u. 8.

Verfasser übt Kritik an dem neuen Ministerialerlaß, nach dem regelmäßige Urinuntersuchungen sämtlicher Schüler durch die Schulärzte empfohlen werden. Er kommt zu folgendem Ergebnis: 1. Eine einmalige Untersuchung der Urine aller Schüler ist wünschenswert, um festzustellen, in welcher Zahl überhaupt Nierenerkrankungen vorkommen. 2. Für die Zukunft dürfte die Untersuchung der Lernanfänger und der Abgehenden genügen. 3. Außerdem sind die Urine der im letzten Jahr an Infektions- und anderen schweren Krankheiten erkrankt gewesenen, sowie der blassen Kinder zu untersuchen; hier genügt eine Wiederholung nach drei Jahren.

Die Ausführungen der Untersuchungen selbst kann man den Schulschwestern überlassen. Dr. Solbrig-Breslau.

Schularzt und Lehrer. Von Rektor E. Hertel-Berlin. Zeitschrift für Schulgesundheitspflege; 1920, Nr. 7 und 8.

Wenn Verfasser als Schulmann eine schulärztliche Ueberwachung aller Schüler und ein Handinhandgehen des Schularztes mit dem Lehrer fordert, so wird ihm aus ärztlichen Kreisen zugestimmt werden. Eine Trennung der Auf-

gaben bleibt aber doch unerläßlich. Keinesfalls darf der Turnlehrer nach „ausreichend medizinischer Ausbildung" die Arbeit des Schularztes übernehmen — ein Vorschlag, der aus Lehrerkreisen stammt, gegen den aber auch Verfasser Bedenken hat. Dr. Solbrig-Breslau.

Schularzt und Elternbeirat. Von Stadtschularzt Dr. Fischer-Defoy-Frankfurt a. M. Zeitschrift für Schulgesundheitspflege; 1920, Nr. 7 u. 8.

Der Schularzt wird bei den jetzt ins Leben gerufenen Elternbeiräten nicht in der erwünschten Weise beteiligt. Es ist aber von größter Wichtigkeit, daß ein Zusammenarbeiten des Schularztes mit den Elternbeiräten stattfindet, so zur Ueberbrückung des Gegensatzes zwischen Elternbeirat und Lehrerschaft, bei der Frage des Betriebes der körperlichen Uebungen, zur Aufklärung über Geschlechtskrankheiten, zur Besprechung bei der Berufswahl usw.

Dr. Solbrig-Breslau.

Ueber den Wert und die Technik schulärztlicher Untersuchungen. Von Kreisassistenzarzt Dr. Fenkner-Göttingen. Zeitschrift für Schulgesundheitspflege; 1920, Nr. 7 und 8.

Die üblichen Methoden der allgemeinen Körperuntersuchung (Messungen, Wägungen) führen zu keinem statistisch mit Nutzen zu verwertendem Ergebnis, wie Verfasser selbst gelegentlich von Massenuntersuchungen zur Feststellung des Einflusses der Ernährungsschwierigkeiten beobachtet. Das Urteil über die „allgemeine Konstitution" ist recht angreifbar. Um nach gleichen Gesichtspunkten vorgehen zu können, empfiehlt Verfasser die Massenuntersuchungen auf einzelne bestimmte Krankheiten einzustellen, wobei namentlich an Tuberkulose, dann auch an Herzerkrankungen u. a. zu denken ist. Eine Zentrale sollte dann eine zusammenfassende Leitung der Arbeit übernehmen.

Dr. Solbrig-Breslau.

Zur Feststellung der Schulreife. Von Prof. Dr. Villiger, Schularzt der Stadt Basel. Zeitschrift für Schulgesundheitspflege; 1920, Nr. 9 u. 10.

Die Ausführungen des Verfassers gipfeln darin, die bewährte Binet-Simonsche Methode der Intelligenzprüfung auch bei den Schulneulingen anzuwenden, um zu bestimmen, welche Schüler voraussichtlich in der Schule fortkommen und welche nicht. Er war bemüht, die Tests so auszuwählen und zu gestalten, daß sie dem Alter der Schulneulinge genau entsprechen und ohne bestimmte Hilfsmittel anzuwenden sind. Die ganze Serie der Tests beträgt 16. Wenn das Kind mehr als die Hälfte löst, wird es bestimmt als schulreif zu erklären sein. Dr. Solbrig-Breslau.

Sexuelle Erziehung der weiblichen Jugend durch die Schule. Von Dr. med. Ilse Szagunn-Charlottenburg. Zeitschrift für Schulgesundheitspflege; 1920, Nr. 7 und 8.

So lange in der Familie und im Elternhause eine verständnisvolle Belehrung der Kinder fehlt, muß die Schule helfend eintreten. Elternabende, sexuelle Belehrungsvorträge, Aussprachen unter vier Augen, Ergänzung des Religionsunterrichts durch Moralunterricht und Sozialistik sind dazu angetan. Schularzt und Schulärztin müssen den fraglichen Unterricht erteilen, so lange es an genügend vorgebildeten Lehrkräften für diesen Zweck fehlt. Verfasserin hat eigene Erfahrungen mit solch praktischem Vorgehen gemacht.

Dr. Solbrig-Breslau.

Der Einfluß des Stillens auf die Körperbeschaffenheit von Schulkindern. Von Kreisarzt Dr. Opitz-Bonn. Zeitschrift für Schulgesundheitspflege; 1920, Nr. 9 und 10.

Die Brusternährung übt, wie allgemein angenommen wird, auch wenn zum Beweise dafür bisher nicht viel Material beigebracht ist, einen günstigen Einfluß auf die Konstitution über das Säuglingsalter hinaus aus. Auf Grund einwandfreier Untersuchungen, die im Kreise Peine vorgenommen wurden, ist Verfasser in der Lage hierüber genauere Angaben zu machen. Es ließ sich feststellen, daß die längere Zeit gestillten Kinder gegenüber den nur unge-

nügend mit Muttermilch versorgten in den ersten Jahren des Schulbesuchs besser gestellt sind in bezug auf die Beschaffenheit der Zähne die Ausbildung des Knochengerüstes, der Zustand des Herzens und der Atmungsorgane. Ein Unterschied war aber nicht zu finden bezüglich der Größe und des Gewichts. Die gestillten Kinder weisen aber höhere Zahlen auf bezüglich Drüsenschwellungen und Ausschlägen. Dr. Solbrig-Breslau.

Der Zustand der Zähne bei vierzehnjährigen Volksschulkindern. Von Dr. med. Konrad Cohn, Generalsekretär des Deutschen Zentralkomitees für Zahnpflege in den Schulen. Zeitschrift für Schulgesundheitspflege; 1920, Nr. 9 u. 10.

Daß die Zahnkaries bereits im schulpflichtigen Alter große Zerstörungen am Gebiß herbeiführt, zeigt Verfasser an einem größeren Zahlenmaterial. Anderseits geht der günstige Einfluß systematischer Schulzahnpflege aus einer Vergleichsuntersuchung der Straßburger Schulzahnheilkunde hervor.

Dr. Solbrig-Breslau.

Bedeutung und Notwendigkeit der Zahnpflege im Kindesalter. Von Dr. med. Kehr-Düsseldorf. Zeitschrift für Schulgesundheitspflege; 1920, Nr. 7 und 8.

Daß fast sämtliche Schulkinder aller Schulgattungen in den Kreis zahnärztlicher Fürsorge gehören, zeigt die Beobachtung, daß höchstens 5 von 100 Kindern jeden Alters normale Zahnverhältnisse zeigen. Die vorschulpflichtige Jugend muß schon berücksichtigt werden, weil der bleibende Zahn nur dann gesund sich entwickeln kann, wenn der Milchzahn gesund bleibt. Auch vom volkswirtschaftlichen Standpunkt ist die Bedeutung der Zahnpflege zahlenmäßig zu erreichen. Tuberkulose und Zahnkaries stehen in engem Zusammenhang. Das planmäßige Vorgehen des Schulzahnklinikers zeigt, welche guten Erfolge zu erzielen sind. Dr. Solbrig-Breslau.

---

3. Verkehr mit Geheimmitteln.

Verbot der Ankündigung und des Verkaufs von Rad-Jo im Kanton Zürich. Deutsche med. Wochenschrft; Nr. 4, 1921.

Während in Deutschland der Kampf gegen den Geheimmittelunfug von den Behörden nach wie vor in völlig unzulänglicher Weise geführt wird, bedienen sich in der freien Schweiz die Gesundheitsbehörden pflichtmäßig viel wirksamerer Handhaben, um das Publikum vor gemeinschädlichen Mitteln zu bewahren. So hat der Regierungsrat von Zürich schon vor längerer Zeit die Ankündigung und den Verkauf des Rad-Jo rundweg verboten und durch Beschluß vom 9. Dezember v. J. dieses Verbot bestätigt. Veranlassung zu diesem Beschluß war ein Antrag der Firma Rad-Jo auf Aufhebung des Verbots. Die Direktion des Gesundheitswesens des Kantons Zürich weist gegenüber diesem Antrag — wie das offizielle Verhandlungsprotokoll besagt — „auf das erschöpfende Aktenmaterial hin, das einwandfrei beweist, daß hier ein Schwindel in die Wege geleitet zu werden versucht wird, dem mit aller Energie entgegengetreten werden muß. Es ist dies um so mehr eine zwingende Notwendigkeit, als die Art der Reklame für den Artikel sich unter dem Deckmantel der Wissenschaftlichkeit, der Förderung der Volksgesundheit und der allgemeinen Hygiene breit macht und zu keinem andern Zwecke dient, als auf diese Art und Weise auch das schweizerische Publikum anzulocken und finanziell auszubeuten. Daß es sich um nichts weniger als Förderung der Volksgesundheit handelt, sondern um ein glattes kaufmännisches Geschäft, dafür sollten uns das Zeugnis des früheren Direktors unserer zürcherischen Frauenklinik, Professor Dr. Wyder, dasjenige der Marburger geburtshilflich-gynäkologischen Klinik, Prof. Dr. Zangemeister, und die Tatsache genügen, daß 22 namhafte deutsche Gynäkologen einhellig gegen die Propagierung des Mittels als eines Schwindelproduktes energisch Stellung nehmen und die deutsche Aerzteschaft in ihrem Kampfe gegen diese Kurpfuscherei unterstützen."

Nach Wiedergabe der bekannten Erklärung der Direktoren sämtlicher deutschen Universitäts-Frauenkliniken, die vor dem Rad-Jo als einem gemein-

schädlichen Geheimmittel warnen, heißt es in dem Verhandlungsprotokoll weiter: „Der Vertrieb des Mittels Rad-Jo ist in einer Reihe von deutschen Staaten bzw. Bezirken verboten, und zwar im Hinblich auf die schwindelhafte Reklame, die von der Firma mit dem Mittel betrieben wird. Denn die Firma behauptet eine Reihe von Wirkungen, die dem Mittel nicht innewohnen und überhaupt nicht innewohnen können, vor allem eine Erleichterung der Geburt. Außerdem bezieht sie sich bei ihrer Reklame auf Autoritäten und Kliniken, vor allem auf diejenige von Marburg, obwohl eine Bewährung des Mittels, wie sie die Firma behauptet, gerade bezüglich der in der Reklame in den Vordergrund geschobenen Wirkungen, keineswegs vorliegt. Vielmehr ist der Firma ausdrücklich mitgeteilt worden, daß eine geburtserleichternde Wirkung und auch andere in der Reklame behauptete Eigenschaften dem Präparat nach dem Ergebnis der Prüfung bestimmt nicht innewohnen. Darin liegt unbedingt ein Versuch, das leichtgläubige Publikum zu eigennützigen Zwecken irrezuführen. Deshalb ist ein Verbot des Mittels unbedingt nicht nur berechtigt, sondern notwendig, um das Publikum zu schützen. Schließlich sei doch auch noch auf den versteckt drohenden Ton des Schlusses des Rekursbegehrens hingewiesen, der ein recht eigentümliches, aber bezeichnendes Licht auf das brutale Geschäftsgebaren der Firma wirft. Unter diesen Umständen hat die Direktion des Gesundheitswesens keine Veranlassung, auf ihre frühere Verfügung zurückzukommen."

Nach Einsicht dieses Berichtes der Direktion des Gesundheitswesens hat dann der Regierungsrat beschlossen:

„Der Rekurs des Rad-Jo-Versand Hamburg wird abgewiesen und damit das Verbot der Ankündigung und des Verkaufs des Rad-Jo und dessen Aufnahme in die Liste der verbotenen Geheimmittel usw. bestätigt."

Mit Recht sagt hierzu die Schriftleitung in der Deutschen med. Wochenchrift:

„In Deutschland aber brüten die verantwortlichen Behörden, unter denen oft die Buchstaben-Juristen den Ausschlag geben, über Mittel und Wege, wie man dem Rad-Jo-Fabrikanten sein Handwerk legen könne. Und inzwischen beutet Vollrath Wasmuth die deutschen Frauen, zum Teil mit Hilfe der Apotheker und Hebammen, nach Kräften aus und füllt sich die breiten Taschen."

Der Fabrikant des Rad-Jo hat inzwischen die Hebammen als Agentinnen für den Vertrieb seines Mittels dadurch zu gewinnen gesucht, daß er ihnen 25% des Verkaufspreises für jede verkaufte Flasche (die große Flasche kostet jetzt 60 M.) angeboten hat. In gleicher Weise hat er durch Rundschreiben an die evangelischen und katholischen Pfarrer ersucht, ihm die Namen der schwangeren Frauen ihrer Gemeinde mitzuteilen, und ihnen für jede derartige Mitteilung die Zahlung von 50 M. in die Kirchenkasse zugesichert; jedenfalls der deutlichste Beweis, daß der skrupellose Fabrikant vor keinem Reklamemittel zurückscheut. Man kann es deshalb nur begrüßen, daß das Bayerische Staatsministerium des Innern übrigens durch ein an die Bezirksärzte gerichtetes Rundschreiben vom 15. Februar 1919 die Hebammen darauf aufmerksam gemacht hat, daß sie Rad-Jo weder abgeben noch verwenden oder empfehlen dürften und sogar gehalten sind, Schwangere vor dem Gebrauch des Mittels zu warnen. Hoffentlich folgen die übrigen deutschen Regierungen diesem Beispiele recht bald nach; in Preußen ist dies jetzt auch durch den Rund-Erlaß vom 7. April d. J. (s. Beilage zur heutigen Nummer S. 56) geschehen. Daß die Regierungen dazu berechtigt sind, hat vor kurzem das Amtsgericht und Landgericht in Hamburg entschieden, indem beide Instanzen eine Klage der Fabrikanten gegen frühere mecklenburgische Staatsminister, der im vorigen Jahre eine amtliche Warnung vor dem Ankauf des Mittels unterzeichnet hatte, abzuwarten hat, weil diese öffentliche Warnung „durchaus berechtigt" gewesen sei.

Tagesnachrichten.

In den **preußischen Landtag** ist erfreulicherweise noch ein **Arzt** als Abgeordneter eingetreten und zwar Dr. **Quaet-Faslem**, Leiter des Provinzial-Sanatoriums Rasenmühle bei Göttingen. Er gehört der Deutschnationalen Partei an.

An der **Westdeutschen Sozialhygienischen Akademie**, deren Leiter seit kurzem Dr. Teleky, früherer Dozent der Universität Wien, ist, wird gegenwärtig der **II. viermonatliche Kurs für Anwärter auf Kreisarzt- und Kommunalarztstellen** gehalten. — Der nächste derartige Kurs, der gründliche Kenntnisse auf dem gesamten Gebiet der Gesundheitsfürsorge gibt, beginnt Anfang Oktober. — Von Mitte September an wird ein **3 wöchentlicher Kurs für Tuberkulose-Fürsorgeärzte** und ein **4 wöchentlicher Kurs für Säuglings-Fürsorgeärzte** gehalten. — Auch ein sozialhygienischer Kurs für Verwaltungsbeamte ist geplant. — Die Ausbildung erfolgt sowohl theoretisch durch bekannte Fachleute auf diesem Gebiet, als auch praktisch in den Düsseldorfer Fürsorgeeinrichtungen. — Die Hörerzahl für alle diese Kurse ist beschränkt. Es sei noch ausdrücklich bemerkt, daß durch das Sekretariat der Akademie mit Unterstützung der Städt. Aemter für die Hörer Wohnungen vermittelt werden, und die Lebenshaltung während der letzten Zeit keinerlei Verteuerung erfahren hat.

Nachruf. Der Deutsche und Preußische Medizinalbeamtenverein hat in diesem Monate leider zwei seiner langjährigen Mitglieder durch den Tod verloren.

Im Alter von 69 Jahren ist Herr Ob.-Med.-Rat Dr. **Georg Ritter von Dall'-Armi**, Bezirksarzt a. D. in München gestorben, ein ausgezeichneter und hochgeschätzter Medizinalbeamter, der sich nicht nur in seinem engeren Vaterlande namentlich als Geschäftsführer des Pensionsvereins für Witwen und Waisen bayrischer Aerzte große Verdienste um die bayrischen ärztlichen Wohlfahrtseinrichtungen erworben hat, sondern auch um die Förderung und Entwicklung des Deutschen Medizinalbeamtenvereins, dessen Vorstande er seit Gründung des Vereins (1902) als Mitglied angehört hat.

Ebenfalls im Laufe dieses Monats ist Herr Geh. Med.-Rat Dr. **Artur Leppmann**, Kreisarzt a. D. und Strafanstaltsarzt in Berlin und Mitglied des Medizinalkollegiums für die Provinz Brandenburg aus dem Leben geschieden. Er ist in den weitesten Kreisen als außerordentlich tüchtiger gerichtlicher Psychiater bekannt und hat sich auch durch eine umfangreiche literarische Tätigkeit auf diesem Gebiete allseitige und wohlverdiente Anerkennung erworben. An den Bestrebungen beider Vereine hat er stets den regsten Anteil genommen und sie nach besten Kräften, wiederholt auch durch vorzügliche Vorträge in den Hauptversammlungen unterstützt.

Ehre ihrem Andenken! Friede ihrer Asche!

Am Sonntag, den 29. Mai d. J. findet in Bautzen (Amtshof, Lessingstraße 10) eine **Sitzung des Sächs. Med.-Beamten-Vereins statt**, die vormittags 11 Uhr beginnt.

Tagesordnung:

Vortrag von Herrn Prof. Dr. Kuhn: Ueber Vererbung: Hierauf ½1 Uhr: Mittagessen (etwa 15 Mk.). 2 Uhr: Führung durch die Landesstrafanstalt durch Herrn Oberregierungsrat Dr. Rasching und daran anschließend Vortrag des Herrn Reg.-Med.-Rat Dr. Kötscher: Psychopathen im Strafvollzug.

Anmeldungen zum Mittagessen sind an Herrn Ober-Med.-Rat Dr. Ilberg-Sonnenstein zu richten und an diesen auch den Mitgliedsbeitrag für 1921 (5 Mark) — Postscheckkonto 8114 Postscheckamt Dresden — einzusenden.

Verantwortlich für die Schriftleitung: Prof. Dr. Rapmund, Geh. Med.-Rat in Lippspringe.
Druck von J. C. C. Bruns, Minden i. W.

34. Jahrg. Nr. 11 — 5. Juni 1921

ZEITSCHRIFT FÜR MEDIZINALBEAMTE

Zentralblatt

für das gesamte Gebiet der gerichtlichen Medizin und Psychiatrie, des staatlichen und privaten Versicherungswesens, sowie für das Medizinal- und öffentliche Gesundheitswesen, einschl. der praktischen und sozialen Hygiene.

Herausgegeben von

Prof. Dr. Otto Rapmund
Geh. Med.-Rat in Bad Lippspringe.

Offizielles Organ des Deutschen, Preussischen, Bayerischen, Sächsischen, Württembergischen, Badischen, Hessischen, Mecklenburgischen, Thüringischen und Braunschweigischen Medizinalbeamtenvereins.

Eine Beilage: Rechtsprechung und Medizinalgesetzgebung

Bezugspreis für das Jahr: 30 M, durch die Post bezogen: 32 M.

VERLAG VON FISCHER'S MEDIZ. BUCHHANDLUNG H. KORNFELD,
Berlin W. 62, Keithstraße 5.

INHALT.

Personalien.

Deutsches Reich und Preussen.

Auszeichnungen: Verliehen: die Rote Kreuz-Medaille III. Kl. dem Kreis- u. Stadtarzt Dr. Rauch in Oberhausen.

Geschäftsstelle und Versand für die Mitglieder des Medizinalbeamtenvereins durch J. C. C. BRUNS, Buchdruckerei, MINDEN i. WESTF.

Alleinige Anzeigen-Annahme und verantwortlich für den Anzeigenteil HANS PUSCH, BERLIN SW. 48, Wilhelmstraße 28.

Ernannt: Dr. Hochgürtel aus Hallenberg zum Kreisassistenzarzt und kommissarischen Kreisarzt in Brilon, Dr. Westhofen in Neckargemünd zum Kreisassistenzarzt des Landkreises Trier, Dr. Steinebach in Gelsenkirchen zum Kreisassistenzarzt in Köln-Nord, Dr. Weinberg in Bochum zum Kreisassistenzarzt daselbst, Dr. Wittenberg in Dortmund zum Kreisassistenzarzt in Duisburg, Kreisassistenzarzt Dr. H. Thiele in Berlin zum kommissarischen Kreisarzt in Uelzen, Dr. Diering in Charlottenburg zum Kreisassistenzarzt in Bielefeld, Med.-Rat Dr. Krimke, früher Kreisarzt in Schirmeck (Elsaß) zum kommissarischen Kreisarzt in Wernigerode, Dr. Schurian in Rotenburg (Fulda) zum Kreisassistenzarzt des Kreisarztbezirks Kassel (Stadt) und Dr. Fehsenfeld in Neuruppin zum Kreisassistenzarzt des Kreisarztbezirks Marburg-Kirchhain, der bisherige Assistent beim Medizinaluntersuchungsamt in Magdeburg Dr. G. Meier zum Leiter der mit dem hygienischen Universitätsinstitut in Halle a. Saale verbundenen bakteriologischen Typhusuntersuchungsanstalt.

Versetzt: Die Kreisassistenzärzte Dr. F. Rott in Mariahütte und Dr. H. Betke in der Med.-Abteilung des Ministeriums für Volkswohlfahrt an das Polizeipräsidium in Berlin, Dr. Koesler, Kreisarzt in Habelschwerdt nach Meschede, Med.-Rat Dr. Duda, Kreisarzt in St. Wendel nach Habelschwerdt.

In den Ruhestand getreten: Die Geh. Med.-Räte Dr. Dembzack, früher Kreisarzt in Krotoschin und Dr. Kasemeyer in Burgsteinfurt.

Ausgeschieden aus dem Staatsdienst: Kreisassistenzarzt Dr. Siebert in Ueckermünde und Reg.- und Med.-Rat Dr. Lehmann in Aurich.

Gestorben: Med.-Rat Dr. Kloß, Kreisarzt in Striegau.

Bayern.

Gestorben: Med.-Rath Dr. Leonpacher, Landgerichtsarzt a. D. in Traunstein.

(Fortsetzung der Personalien auf der vorletzten Seite des Umschlags.)

34. Jahrg. **Zeitschrift** 1921.

für

MEDIZINALBEAMTE

Zentralblatt

für das gesamte Gebiet der gerichtlichen Medizin und Psychiatrie, des staatlichen u. privaten Versicherungswesens, sowie für das Medizinal- u. öffentliche Gesundheitswesen, einschl. der prakt. u. sozialen Hygiene

Herausgegeben

von

Prof. Dr. Otto Rapmund

Geh. Med.-Rat in Bad Lippspringe.

Offizielles Organ d. Deutschen, Preußischen, Bayerischen, Sächsischen, Württembergischen, Badischen, Hessischen, Mecklenburgischen, Thüringischen u. Braunschweigischen Medizinalbeamtenvereins

Verlag von Fischer's med. Buchhandlung H. Kornfeld

Herzogl. Bayer. Hof- u. K. u. K. Kammer-Buchhändler

Berlin W. 62, Keithstrasse 5

Nr. 11.	Erscheint am 5. und 20. jeden Monats	5. Juni.

Die gerichtsärztliche Tätigkeit der vollbesoldeten Kreisärzte.

Von Medizinalrat Dr. Aust, Kreisarzt in Nauen.

Prof. Dr. Nippe-Greifswald hat in Nr. 18, Jahrgang 1919 dieser Zeitschrift auf die Notwendigkeit hingewiesen, im Interesse einer Verbesserung und Beschleunigung der Rechtspflege die gerichtsärztliche Tätigkeit den Kreisärzten abzunehmen und besonderen Gerichtsärzten mit besserer fachlicher Vorbildung im Hauptamt zu übertragen. Seine Ansicht teilen die meisten Gerichts- und Kreisärzte; aber so gern die letzteren dieser Anregung zustimmen, so sicher ist eine Ablehnung der für diese Reform notwendigen Staatsmittel unter den gegenwärtigen Verhältnissen zu erwarten. Die Kreisärzte werden also wohl oder übel noch weiterhin und noch lange Zeit gerichtsärztliche Tätigkeit ausüben müssen.

Schon in der Vorkriegszeit ist diese Tätigkeit vielen nicht vollbesoldeten Kreisärzten in größeren Landkreisen, namentlich den mehr fürsorgerisch orientierten und in Anspruch genommenen, trotz der damit verbundenen Einnahmen eine Last gewesen, einmal, weil sie sehr zeitraubend ist und in die sonstigen

Arbeitspläne stark eingreift, dann aber auch, weil die Materie bei der verhältnismäßig geringen Inanspruchnahme, also infolge unzureichender Uebung und Erfahrung, von ihnen nicht dauernd in dem selbsterwünschten Maße beherrscht werden kann. Je größer räumlich der Kreis ist, je mehr der eigentliche Aufgabenkreis der Medizinalbeamten wächst, desto unangenehmer wird die Unterbrechung der Amtstätigkeit durch gerichtliche Termine empfunden.

Als nach der Revolution nicht nur die Seuchen, sondern auch die Kriminalität in erschreckendem Maße zunahmen und hierdurch wie durch die neuen fürsorgerischen Aufgaben sehr erhebliche Mehrforderungen an die Arbeitskraft der Kreisärzte gestellt wurden, so daß sich in manchem Kreise die Arbeit verdoppelte, da war es bei den ungünstigen Verkehrsverhältnissen geradezu unmöglich, Obduktions- und anderen gerichtlichen Vorladungen in der Peripherie des Kreises Folge zu leisten. Die Gerichte wandten sich z. T. in entgegenkommender Weise, z. T. gezwungenermaßen an die näher, teilweise im Gerichtsort selbst wohnenden, wenn auch nicht zuständigen Kreisärzte, die infolge des geringeren Zeitaufwandes durch leichtere Ausführbarkeit der Reisen die Tätigkeit gern übernahmen, zumal sie auch die Gebühren dafür erhielten.

Soweit lief alles zur Zufriedenheit aller Stellen ab. Die Gerichte bekamen ihre Obduzenten, die einspringenden Nachbarkreisärzte ihre Gebühren und der weit abwohnende Kreisarzt als zuständiger Gerichtsarzt war froh, aus seiner ohnehin überreichen Tätigkeit nicht herausgerissen worden zu sein. Die Lage erhält aber ein anderes Gesicht durch die zunehmende Vollbesoldung der Kreisärzte und damit die Verstaatlichung der gerichtsärztlichen Gebühren. Von dem vollbesoldeten Nachbarkreisarzt kann diese vertretende Arbeit nicht mehr verlangt werden. Er wird die nunmehr unentgeltliche Vertretung mit Recht ablehnen und der zuständige Kreisarzt, der in den Randbezirken seines Kreises in Rücksicht auf seine sonstige überreichliche Amtstätigkeit auf die gerichtlichen Termine und die entsprechenden Gebühren seit Jahren verzichtet hat und aus Zeitmangel verzichten mußte, wird nunmehr nach der Vollbesoldung von den Gerichten gezwungen werden, Termine, vor allem Obduktionen, wahrzunehmen, obwohl die Gründe für die Ablehnung die gleichen geblieben sind, ja infolge der Ausdehnung wichtigerer Amtstätigkeit sich noch vermehrt haben.

Solche Verhältnisse sind für die Medizinalbeamten in größeren Landkreisen äußerst unangenehm. Der Kreisarzt kann nicht zahlreiche Prüfungs-, Orts- und Schulbesichtigungstermine, Beratungs- und Fürsorgestunden, sowie sonstige Sitzungen selbst ansetzen, wenn er täglich gewärtig sein muß, vor Gericht als Sachverständiger geladen zu werden und die eigenen Termine wieder aufzuheben.

Eine generelle Aenderung ist kaum zu erwarten; ein Ausgleich könnte nur stattfinden, wenn die gerichtsärztlichen Ge-

bühren als vertrauensärztliche, dem Kreisarzt zustehende bezeichnet werden würden, so daß im Behinderungsfalle jedem Nachbarkreisarzt die Vertretung auch zugemutet und so ein Ausgleich geschaffen werden könnte.

Solche Verhältnisse regen von selbst zu der Frage an, ob denn die gerichtsärztliche Sachverständigentätigkeit ohne allen Zweifel als eine rein amtsärztliche im Gegensatz zu der vertrauensärztlichen bezeichnet werden kann?

Das entscheidende Merkmal für die amtsärztlichen Gutachten und Handlungen soll das öffentliche, staatliche Interesse sein, das naturgemäß auch die ausschließliche Zuständigkeit des Medizinalbeamten voraussetzt. Diese Merkmale fehlen bei dem größten Teil der gerichtsärztlichen Tätigkeit. Bei allen zivilrechtlichen Prozessen fällt jedes staatliche Interesse fort und im Strafprozeß ist es nur zum Teil öffentlich und zum Teil privat. Die Kosten der gerichtsärztlichen Tätigkeit werden den Parteien auferlegt und durch den vollbesoldeten Kreisarzt der Regierungshauptkasse zugeführt. Der Staat zieht also aus der gerichtlichen Sachverständigentätigkeit des Kreisarztes genau zu berechnende materielle Vorteile, wozu ein Gegenstück aus der übrigen Beamtenschaft fehlt. Jeder andere höhere Staatsbeamte wird, falls er als Sachverständiger, sei es in staatlichem oder privatem Interesse, eine gerichtliche Ladung erhält (z. B. Reg - und Med.-Räte, Bauräte, Gewerberäte, Forsträte) für den Termin beurlaubt und darf die Sachverständigengebühren für sich liquidieren. Nur der Kreisarzt muß sie zur Staatskasse abführen. Darin liegt eine ungleiche Bewertung der Beamtentätigkeit zum Nachteile der Kreisärzte. Daß diese weit häufiger als gerichtliche Sachverständige tätig sein müssen, als die anderen Staatsbeamten, darf für eine so grundlegende Differenzierung nicht ausschlaggebend sein; und zwar um so weniger, als die weitere Voraussetzung für den amtlichen Charakter der Gutachtertätigkeit, nämlich die ausschließliche Zuständigkeit der Kreisärzte, nicht für alle gerichtsärztlichen Angelegenheiten, z. B. nicht für Leichenbesichtigungen und Geisteskrankengutachten, vorgeschrieben ist. Ein Grund, den vollbesoldeten Kreisärzten die gerichtlichen Sachverständigengebühren zugunsten der Staatskasse zu entziehen, liegt ebensowenig vor, wie bei allen anderen Beamten. Der Kreisarzt ist als staatlich geprüfter Gerichtsarzt genau wie alle anderen Sachverständigen für die Gerichte Vertrauensperson, seine Tätigkeit also eine vertrauensärztliche.

Weiterhin sprechen noch andere Gründe gegen die Abführung der gerichtlichen Sachverständigengebühren an die Staatskasse: Die Umwandlung der nicht vollbesoldeten Kreisarztstellen in vollbesoldete erfolgt allgemein nur wegen der Zunahme der sanitäts- und medizinalpolizeilichen Betätigung, niemals aber wegen der gerichtsärztlichen, denn sonst müßten doch fast alle Gerichtsärzte längst bereits vollbesoldet sein, da sie fast durchweg mehr als vollbeschäftigt

sind. Wenn ihre Vollbesoldung aber bisher überhaupt nicht in Frage stand, so liegt darin wiederum eine ungleiche Bewertung der gerichtsärztlichen Tätigkeit zu ungunsten der vollbesoldeten Kreisärzte. Nur eine Charakterisierung dieser Tätigkeit als vertrauensärztliche, die sie ihrer Art nach vorwiegend ist, würde diese Ungleichheit beseitigen.

Für die vollbesoldeten Kreisärzte liegt überdies in dem sehr zweifelhaft begründeten Zwange zur Abführung der gerichtlichen Sachverständigengebühren eine ganz besondere Härte. Die gerichtsärztliche Tätigkeit ist grade für sie infolge ihrer sonstigen starken Inanspruchnahme durch Verwaltungstätigkeit mit besonderen oft gar nicht wieder einzubringenden Zeitverlusten verbunden. Schwurgerichts-, Straf- und Zivilkammersitzungen, Obduktions- und sonstige Termine erfordern in ländlichen Kreisen mit oft 6 bis 10 zuständigen Gerichten meist einen ganzen Tag. Von ihm selbst angesetzte Termine muß der vom Gericht oft telegrafisch geladene Kreisarzt auf schnellstem Wege absetzen. Wo dies nicht mehr möglich ist, verlangen die Geladenen Entschädigung. Auf jeden Fall aber muß eine ganze Tagesarbeit verschoben und möglichst schnell wieder nachgeholt, d. h. es müssen die Abende und Nächte zu Hilfe genommen werden.

Aehnliches gilt von den meisten gerichtsärztlichen Gutachten. Für ihre Erledigung mit oft zeitraubendem Aktenstudium ist die Tagesdienstzeit mit ihren häufigen Störungen ganz ungeeignet. Sie müssen aus einem Guß in ununterbrochener und ungestörter Arbeit zustande kommen. So liegt denn diese Tätigkeit grade bei den vollbesoldeten und vollbeschäftigten Kreisärzten, die dem Abführungszwange unterstehen, ganz außerhalb ihrer eigentlichen amtlichen Beschäftigungszeit; sie besteht aus besonderen Leistungen, die Ueberstunden erfordern. Die Gebühren für solche außerordentliche Arbeiten der Staatskasse zuführen, also den Kreisarzt außerhalb seiner ohnehin reichlich bemessenen Dienstzeit noch mit Arbeiten im Interesse der Staatskasse belasten, heißt seine Arbeitsfreude auf eine harte Probe stellen. In jedem Betriebe werden Ueberstunden besonders und zwar mit höheren Beträgen entschädigt. Dieser Grundsatz sollte auch für die geistige Arbeit Geltung haben.

Noch krasser treten diese Verhältnisse bei den neuerdings unter die gerichtsärztlichen Funktionen aufgenommenen Begutachtungen für die Versorgungsämter und -gerichte hervor. Das bei der Versorgung Kriegsbeschädigter vorliegende öffentliche und staatliche Interesse ist von den hierfür vorhandenen besonderen ärztlichen Kräften wahrzunehmen; zu deren Entlastung die ohnehin von Dienstgeschäften ausreichend beanspruchten vollbesoldeten Kreisärzte ohne Entgelt heranzuziehen, ist eine durch nichts zu begründende Unbilligkeit.

Aus gleichen Gründen ist die Bestimmung über die Abführung der Gebühren der Gerichtsärzte und nicht voll-

besoldeten Kreisärzte, soweit sie das Einkommen der vollbesoldeten Kreisärzte übersteigen, abzulehnen. Es geht nicht an, daß einerseits die unbegrenzte Inanspruchnahme dieser Beamten durch Gerichte, Behörden und Privatversonen staatlich sanktioniert wird, während anderseits die hierfür festgesetzten Gebühren, sobald sie eine gewisse hohe Grenze übersteigen, also dann doch auch der Ausdruck einer Mehrleistung sind, vom Staate in Anspruch genommen werden.

Die Kreisärzte sind ihrer Mehrzahl nach einsichtig genug, um die Ablehnung der Forderung besonderer Gerichtsarztstellen unter den heutigen Verhältnissen zu verstehen und auch jederzeit bereit, durch Mehrarbeit den Anforderungen der Zeit nachzukommen. Sie halten die gerichtliche Sachverständigentätigkeit aber für eine besondere, ihre Zeit und Arbeitskraft in außergewöhnlichem Maße außerhalb des Rahmens ihrer Amtstätigkeit in Anspruch nehmende, auf deren Vergütung sie, wie die übrigen Beamten, ein Anrecht haben.

Bei der bisherigen Auffassung über den amtsärztlichen Charakter der gerichtlichen Sachverständigentätigkeit müßten konsequenterweise auch alle vollbeschäftigten Gerichtsarztstellen in vollbesoldete umgewandelt und die Gebühren an die Staatskasse abgeführt werden. Ein dahingehender Versuch würde sehr bald für die Besetzung solcher Stellen große Schwierigkeiten bereiten oder zum mindesten ihre Vermehrung notwendig machen. Es ist bekannt, daß die meisten Gerichtsärzte mit Arbeit stark überlastet sind. Wenn sie trotzdem willig die ungeheure Arbeit leisten, so geschieht dies eben aus dem ganz natürlichen Grunde, weil eine entsprechende Bewertung ihrer Mehrarbeit durch die Gebühren erfolgt. Die Annahme, daß man bei ihnen ganz besonders umfangreiche und tiefe gerichtlich-medizinische Kenntnisse voraussetzen muß, was allerdings vollauf den Tatsachen entspricht, kann gegen ihre Vollbesoldung, d. h. gegen die Verstaatlichung der Gebühren solange nicht als stichhaltiger Grund anerkannt werden, als den vollbeschäftigten Inhabern der vollbesoldeten Kreisarztstellen die Abführung der gleichen Gebühren für eine für sie zweifellos als „Ueberstundenarbeit" einzuschätzende Tätigkeit zugemutet wird.

Jedenfalls empfinden die vollbesoldeten Kreisärzte die Verpflichtung und den Zwang zu solchen nicht entschädigungsberechtigten Ueberstundenleistungen, die ihrer eigentlichen Amtstätigkeit mehr oder weniger abträglich sein müssen, als eine unbillige bei keiner anderen Beamtenkategorie zu findende Härte.

Dies hervorzuheben und eine Abstellung zu erstreben, erscheint in der Zeit des Achtstundenarbeitsphantoms nicht überflüssig.

Der preussische Gerichtsarzt.

Von Gerichtsarzt Dr. Roth-Frankfurt a. M.

Als ich 1901 bald nach der Medizinalreform (Nr. 21 dieser Zeitschrift) als erster die Notwendigkeit einer Dienstanweisung für die besonderen Gerichtsärzte begründete und andere Gerichtsärzte (Schwabe, Hoffmann) nach ihren Erfahrungen mir beipflichteten, rechnete wohl keiner von uns damit, daß wir 20 Jahre lang vergeblich auf die Befriedigung unserer berechtigten Wünsche und die Beseitigung dienstlicher Mißstände warten sollten. Wenn Hoffmann und Marx nun aussprechen, daß die Gerichtsärzte die Stiefkinder der Medizinalverwaltung geworden sind, so trifft das ins Schwarze und ich kann dies nach den Erfahrungen am eigenen Leibe nur unterstreichen. Meine Nachfolger werden staunen, wenn sie das Aktenbündel betr. die Kompetenz des Gerichtsarztes in die Hand nehmen und ersehen, welche jahrelangen Kämpfe es gekostet hat, um dem Gerichtsarzt in Frankfurt a. M., obwohl hier durch die Gesetze der freien Stadt Frankfurt alle Vorbedingungen einer reinlichen Scheidung der gerichts- und kreisärztlichen Geschäfte geschaffen waren, die nackte Existenz zu ermöglichen. Ich habe die Axt, die ich allerdings nach der Vorschrift des alten Testaments führte, schließlich niedergelegt, um nicht in den Geruch eines Querulanten zu kommen. Später habe ich noch einmal im dienstlichen Interesse unter Angabe von Tatsachen auf die Mißstände, die sich aus der Abgabe von Zeugnissen über Haft- und Terminsfähigkeit durch Gerichts- und Kreisarzt auch den Gerichtsbehörden aufdrängten, hingewiesen und bin auf meine Eingabe über Regierung an die Zentralinstanz ohne Antwort geblieben. Ich habe mich als Kreisphysikus 8 Jahre lang bis zum 1. April 1901 des besten Wohlwollens der Regierung zu erfreuen gehabt, von dem Tage an, als ich mich erkühnte, meine berechtigten Ansprüche als Gerichtsarzt geltend zu machen, fand ich überall verschlossene Türen. Nur das sei hier gesagt, daß mich allein das ererbte Pflichtgefühl des preußischen Beamten davor bewahrt hat, die breite Oeffentlichkeit mit derartigen Fragen zu beschäftigen. Ich habe es aber begreifen gelernt, wie man den loyalsten Beamten in die Fronde treiben kann.

Der Gerichtsarzt ist heute wie 1901 die einzige Behörde des preußischen Staates, deren Amtsbefugnisse nicht festgelegt sind, die, so lange die Grenzen des gerichts- und kreisärztlichen Dienstbereiches nicht schriftlich gezogen sind, im gegebenen Falle immer das Nachsehen hat. Wenn hierin da, wo Gerichts- und vollbesoldete Kreisärzte konkurrieren, eine Besserung eingetreten ist, so verdanken wir das nicht der Zentralinstanz, sondern lediglich dem Umstand, daß die Kreisärzte jetzt die Geschäfte, deren Gebühren sie abführen müssen, an den Gerichtsarzt überweisen.

Die Neuregelung der Besoldungsverhältnisse der Medizinal-

beamten wirft Gerichtsärzte und nicht vollbesolldete Kreisärzte wieder in einen Topf und bleibt um so erstaunlicher, als die Zentralinstanz zu rechter Zeit von kompetenter Seite auf die Unmöglichkeit einer solchen Regelung hingewiesen wurde. Die Kreisärzte können mit der Neuregelung sehr zufrieden sein; denn ihnen, auch den vollbesoldeten, verbleiben nebenher allerlei Sporteln und Einnahmen aus vertrauensärztlicher Tätigkeit, die den Gerichtsärzten, wie die Dinge nun einmal liegen, verschlossen sind, ganz abgesehen davon, daß die nicht vollbesoldeten Kreisärzte, sofern sie nur wollen und befähigt sind, Privatpraxis treiben können. Ich persönlich bin seit 18 Jahren Vertrauensarzt der Landesversicherungs-Anstalt durch den glücklichen Zufall geworden, daß der damalige Kreisarzt, der in amtlicher, vor allen Dingen vertrauensärztlicher Tätigkeit erstickte, diesen Dienst abgeben mußte, weil die Landesversicherungs-Anstalt den Dienst durch den Privat-Assistenten, der im übrigen auch als stellvertretender Kreisarzt amtliche Funktionen verrichtete, ablehnte. Ich habe also nach dieser Richtung keinen Grund zur Beschwerde, während für die meisten Gerichtsärzte meine Angaben zutreffen dürften.

Betrachtet man demgegenüber die Tätigkeit des Gerichtsarztes eines großen Gerichtes, einer Großstadt, dann behaupte ich, daß an die Verantwortlichkeit, die körperliche wie geistige Spannkraft nicht *eines Beamten* so hohe Anforderungen gestellt werden. Ich habe die 14jährige Tätigkeit einer umfangreichen Praxis auf dem hohen Westerwalde hinter mir und kann sagen, daß ich, von den Nachtfahrten des praktischen Arztes abgesehen, heute ein unregelmäßigeres Dasein führe als damals und nebenbei mehr zusammenlaufe als ein Briefträger. Das Warten bei gerichtlichen Terminen, die plötzlich angesetzten Termine werfen allzu oft die Verfügungen für den folgenden Tag vollkommen über den Haufen. Wenn die Geschworenen zu längerer Erfrischung sich zurückziehen, muß der Gerichtsarzt eilen, um in dieser Spanne andere gerichtsärztliche, dringende Geschäfte zu erledigen.

Da der Gerichtsarzt zahlreiche und zeitraubende Untersuchungen zu Hause vornehmen muß, kann er die betreffenden Personen nur zu einer Zeit vorladen, die die Gerichtsbehörden nicht mit Beschlag belegen können. So benutze ich seit Jahren im Sommer die Zeit von 7—8 Uhr, im Winter von 8—9 Uhr vormittags, die Abendstunden von 6—8 Uhr und die Vormittagsstunden der Sonntage dazu, um bis in die Nächte hinein die nötigen Gutachten zu erstatten. Solche Gutachten erfordern, wie unterrichtete Leute wissen, zu ihrer ordnungsmäßigen Erledigung oft ein umfangreiches Akten- und Quellenstudium und eine nervenaufregende Ueberlegung. Der beschäftigte Gerichtsarzt hat steten Bereitschaftsdienst, kennt keinen Sonn- und Feiertag und leistet die *doppelte Arbeit* eines gleichgestellten Beamten.

Dabei ist der Dienst des Gerichtsarztes wahrlich kein an-

genehmer, weder auf seinem Zimmer noch vor Gericht. Nur Rückgrat, eisernes Verantwortlichkeits- und Pflichtgefühl können über seelische Konflikte hinweg helfen, in die man bei manchen Tragödien des Lebens hineingezogen wird. Es ist kein erhebendes Gefühl, ähnlich dem Kriminalbeamten in die verrufensten Winkel kriechen oder im eigenen Hause von den bekannten wilden Männern die häßlichsten Szenen über sich ergehen lassen zu müssen.

Wenn nun der Gerichtsarzt auf das Gehalt des vollbesoldeten Kreisarztes begrenzt, ihm aber dessen Pension vorenthalten und zugleich das Aufrücken in eine höhere Gehaltsklasse abgeschnitten wird, dann liegt darin eine schwere Zurücksetzung und Benachteiligung des Gerichtsarztes.

Diese Zurücksetzung wirkt um so krasser, als der beschäftigte Gerichtsarzt ganz andere Unkosten hat als Beamte gleicher Stellung. Der Gerichtsarzt eines großen Gerichtes, einer Großstadt, kann ohne Telefon nicht sein, und wer hierüber noch eine eingehende Begründung fordert, verrät damit, daß er den Betrieb eines Gerichtsarztes überhaupt nicht kennt. Der Verschleiß an Kleidern, Wäsche — ich erinnere an die Sektionen — an Schuhwerk ist mit dem eines Beamten, der der Dienststelle sich ruhig zubewegt, gar nicht zu vergleichen. Ich beziehe monatlich 37,50 M. Amtsunkostenentschädigung, die knapp die Ausgaben für Tinte, Federn und Papier decken. Man muß über die Großzügigkeit staunen, mit der die Zentralbehörde bei dieser Summe dem Gerichtsarzt die Beschaffung des für ihn ganz gleichgültigen Hebammenlehrbuches und Medizinalberichtes aufgibt. Die Unterhaltung eines Amtszimmers erfordert in Frankfurt allein die 6fache Summe.

Wird die jetzige Regelung der Besoldung nicht abgeändert, so werde ich das Telefon, so sehr ich als Großstadtmensch mich daran gewöhnt habe, sofort abschaffen, und es wird in der Zukunft sich oft ereignen, daß ein gerichtlicher Termin ausfällt und die Staatskasse die häufig ungeheuren Unkosten trägt. Ein hierfür auch nach anderer Richtung sehr lehrreiches Beispiel: Ich wurde im Februar 1920 7 Uhr abends von der Staatsanwaltschaft durch Anruf beauftragt, den N. N. darauf zu untersuchen, ob er am nächsten Vormittag 9 Uhr zum Termin erscheinen könne; er habe die Zeugnisse zweier Spezialärzte beigebracht, die die Terminsfähigkeit verneinten. In jener Zeit war Trambahnstreik, die Straßenbeleuchtung bis auf wenige Richtlaternen abgestellt; ich mußte 35 Minuten bis zur Straße laufen und schließlich die Hausnummer mit der Taschenlaterne suchen. Der Mann, der geistige Leiter einer 6köpfigen Schiebergesellschaft, erschien infolge meiner Untersuchung zum Termin, zu dem die entsprechenden Verteidiger, vier ärztliche Sachverständige und zahlreiche Zeugen geladen waren. Der Termin war letzten Endes nur dadurch möglich, daß ich ans Telefonnetz angeschlossen bin; nur dadurch wurden der Staatskasse gewaltige Unkosten erspart. Dieses Beispiel beleuchtet neben-

bei, welche Anforderungen an die körperliche wie geistige Leistungsfähigkeit, an das Verantwortlichkeitsgefühl und an das Rückgrat eines Gerichtsarztes gestellt werden.

Man kann für die Folge dem Gerichtsarzt nicht übel nehmen, wenn er wie jeder andere gleichgestellte Beamte des Freistaates den Sonn- und Feiertag für sich beansprucht und Arbeiten, die über die 6—8stündige Tätigkeit gleichgestellter Beamten, Studienräte, Richter usw. hinausgehen, ablehnt. Infolgedessen werden zahlreiche Gutachten mit höheren Unkosten von anderen Sachverständigen erstattet werden müssen. Der Gerichtsarzt wird nicht mehr nach Art des beschäftigten Rechtsanwalts vom Schöffengericht, von der Strafkammer usw. zu Rücksprachen, zu Sektionen hin und her rennen, sondern im gegebenen Falle lediglich mitteilen, daß er den und den Termin nicht wahrnehmen könne. Die vollbesoldeten Kreisärzte, denen nun die Gebühren für die Beteiligung als zweiter Obduzent entzogen sind, werden für die Folge zu Sektionen nur unter Schwierigkeiten zu haben sein. Ich sehe dies kommen, wie ich denn überhaupt aus dem frischen Borne des Lebens schöpfe. Die Staatskasse wird dann die Kosten für den zweiten Obduzenten an andere Sachverständige, die die Gebühren nicht an die Staatskasse abführen, zu zahlen haben.

Also: Die jetzige Regelung ist darum im Staatsinteresse, das allein entscheidet, kurzsichtig; ihre Rechtsgiltigkeit ist außerdem sehr zweifelhaft. Dem Staate wird gar nichts anderes übrig bleiben, da, wo jetzt ein Gerichtsarzt den Dienst versieht, zwei Gerichtsärzte in der Folge anzustellen. Hier kann und muß ein Ausweg geschaffen werden, der der besonderen Stellung der Gerichtsärzte, die man nun einmal gleichgestellten Bürobeamten gar nicht vergleichen kann, gerecht wird und die Gerichtsärzte für ihre tatsächliche, aufreibende Mehrleistung entschädigt. Die Entscheidung drängt und kann nicht auf die lange Bank geschoben werden. Ich warne nach der reichen Erfahrung eines langen amtlichen Lebens nachdrücklich davor, dem Gerichtsarzte die Dienstfreudigkeit zu nehmen.

Nun ist „soziale Hygiene“ Losung und Feldgeschrei, als sei diese früher unbekannt geblieben, nie betätigt und erst jetzt entdeckt worden! Nein, während früher die soziale Hygiene organisch und gesund sich entwickelte, überbieten nun Staat und Gemeinden sich in Projekten, die, wie ich fürchte, ebenso schnell zusammenbrechen werden! Dies in einer Zeit, in der wir wie Hiob nicht haben, die Blößen unserer Leiber zu decken, in der die Landesversicherungsanstalten tatsächlich schon bankrott geworden sind. Wir sind, wie der Reichsminister Koch mit Recht sagt, ein verwöhntes Volk geworden. Nur von der „körperlichen Ertüchtigung“ ist die Rede, während für die Eindämmung der moralischen Versumpfung, soweit ich sehe, nichts geschieht. Wir müssen ein stahlhartes Volk werden und können nur durch Arbeit und Entbehrung wieder hoch kommen, in derselben Weise, wie einst Preußen nach jahr-

hundertelangem Ringen zu der stolzen Höhe des Deutschen Reiches emporwuchs.

Gleichwohl, die soziale Hygiene ist Mode und der wesentliche Träger all' der Projekte wird der Kreisarzt sein. Da liegt es nahe, daß dieser vielseitigste Beamte im preußischen Staate vor allem durch Abzweigung der gerichtsärztlichen Geschäfte entlastet und dabei so nebenher auch eine Dienstanweisung für die Gerichtsärzte zur Welt geboren werde.

Da Gerichts- und Kreisarzt ganz verschiedene Geschäfte zu besorgen haben, so wäre eine scharfe Trennung gewiß das Gegebene. Die Ausführung wird an den harten Tatsachen des Geldmangels, wie an den räumlichen Verhältnissen scheitern; in den von dem Amtssitze der künftigen Landgerichtsärzte weit abgelegenen Kreisen wird auch weiterhin der Kreisarzt die gerichtsärztlichen Geschäfte zu besorgen haben.

Während die Prüfungsvorschriften für die Kreisärzte beizubehalten sind, müssen sie für die besonderen Gerichtsärzte entsprechend geändert werden. Der zukünftige Gerichtsarzt muß eine mehrjährige allgemeine Praxis hinter sich haben, um über ärztliche Eingriffe und andere Dinge mitsprechen und urteilen zu können. Die Erfahrungen, die der Gerichtsarzt hier selbständig gesammelt hat, werden ihm in seinem ganzen amtlichen Leben von wesentlichem Vorteil sein. Der zukünftige Gerichtsarzt muß, von der spezifischen gerichtsärztlichen Ausbildung abgesehen, in pathologischer Anatomie und Psychiatrie firm sein und erst über den Gerichtsassistenzarzt bei einem beschäftigten Gerichtsarzt zum Gerichtsarzt aufrücken. Die Beschäftigung bei einem Gerichtsarzt wird ihn fertig machen und diesen auffrischen.

Bei der Scheidung des gerichts- und kreisärztlichen Dienstes drängt sich die Frage auf, welchem Ministerium die Gerichtsärzte in der Zukunft zu unterstellen sein würden? Da kann ja naturgemäß neben der jetzigen Einrichtung nur die Unterstellung unter das Justizministerium in Frage kommen. Die erste Bedingung einer gedeihlichen Wirksamkeit bleibt die unabhängige Stellung des Gerichtsarztes; seine Unabhängigkeit ist so notwendig wie die des Richters. Im Gegensatze hierzu muß er qualifiziert sein und bleiben und nicht im Amte verharren können, bis er vertrottelt oder etwas begeht. Die selbständige und unabhängige Stellung des Gerichtsarztes ist nächst seiner Qualifikation die Hauptsache; ich kann mir deshalb sehr wohl vorstellen, daß diese unter dem Justizministerium gut gewahrt ist. Ich kann daher auch in dem in Bayern angeordneten Qualifikationsbericht durch den Landgerichtspräsidenten gar nichts Bedenkliches, wie Hoffmann und Marx, finden. Der Qualifikationsbericht des Landgerichtspräsidenten wird sich ganz selbstverständlich auch auf eine fachärztliche Abschätzung stützen. Soll etwa der Regierungs-Medizinalrat oder gar das Provinzial-Medizinalkollegium diesen

Bericht abgeben? Für beide danke ich mit der auf S. 793 Band 1906 dieser Zeitschrift von mir schon abgegebenen Begründung. Wir verlangen eine fachliche Vertretung in der Zentralinstanz, gleichviel welchen Ministeriums und wollen nicht mehr länger als Anhängsel der Kreisärzte behandelt werden.

Wir Gerichtsärzte tragen selbst einen wesentlichen Teil der Schuld dafür, daß wir in den verflossenen 20 Jahren nicht weiter gekommen sind, und ich kann nur mit Bedauern aussprechen, daß ein großer Teil dieser ureigensten Sache gegenüber sich so indolent erwiesen hat.

Ueber die Dienstanweisung selbst bleibt nicht viel zu sagen, nachdem alle Staaten, soweit sie besondere Gerichtsärzte haben, hierin vorangegangen sind und es sich nun nur um eine Kompilation des Besten aus diesen Anweisungen handeln kann. Preußen blieb rückständig, weil seit Jahrzehnten, seit Skrczeczka, kein Vertreter der gerichtlichen Medizin mehr in der Medizinalabteilung gesessen hat, weil die nachfolgenden Personen der gerichtlichen Medizin ganz fremd gegenüberstanden und stehen, weil die gerichtliche Medizin das Stiefkind der Medizinalverwaltung geworden ist.

Das Altersgrenze-Gesetz und die Medizinalbeamten.

Aus dem Pressereferat des Wohlfahrtsministeriums geht uns folgende Darlegung zu:

In Nummer 9 dieser Zeitschrift ist ein Aufsatz des Geh. Med.-Rats Dr. Bornträger in Düsseldorf veröffentlicht, der einige Unrichtigkeiten und mißverständliche Ausführungen enthält und deshalb der Richtigstellung bedarf.

Zunächst sei vorausgeschickt, daß das Gesetz betr. Einführung einer Altersgrenze in keiner Weise von dem Wohlfahrtsministerium veranlaßt worden ist. Im besonderen hat es sich die Medizinalverwaltung stets angelegen sein lassen, altbewährte Medizinalbeamte auch bis in ein höheres Alter hinein im Dienst zu belassen, vorausgesetzt, daß der Dienst dabei in ausreichender Weise zu seinem Recht kam.

Nachdem das Altersgrenze-Gesetz von der Landesversammlung verabschiedet, und die Grundsätze für seine Ausführung vom Staatsministerium festgelegt waren, mußten diese Grundsätze auch im Bereiche der Medizinalverwaltung zur Anwendung gebracht werden. Ob den Rechtseinsprüchen gegen das Gesetz nachgegeben werden kann, wird an anderer Stelle entschieden werden.

Nun wird in dem angeführten Aufsatz angedeutet, daß die praktische Ausführung des Gesetzes gegenüber der anderer Verwaltungen in der Medizinalverwaltung weniger günstig und weniger wohlwollend gehandhabt worden sei. Zunächt seien die erforderlichen „Eröffnungen“ vielfach erst im Februar oder

März erfolgt, während die meisten Ministerien bereits im Januar das Erforderliche veranlaßt hätten.

Demgegenüber ist festzustellen, daß sofort nach Verabschiedung des Gesetzes bereits unter dem 21. Dezember 1920 — I M I 3331 — ein Runderlaß die Regierungspräsidenten ersuchte, diejenigen Medizinalbeamten festzustellen, auf die das Gesetz in Anwendung zu bringen sei, und die Nachweisung über deren Versorgungsgebührnisse nebst den Personalakten bis zum 15. Januar 1921 einzureichen. Es mußte angenommen werden, daß den Betroffenen damals bereits eine Mitteilung gemacht worden sei.

Die Entscheidung über die Festsetzung der Versorgungsgebührnisse mußte sich indessen verzögern, damit die Interessen der betroffenen Medizinalbeamten möglichst weitgehend gewahrt werden konnten. Denn inzwischen sollte die Entscheidung darüber getroffen werden, welche Medizinalbeamten eine Aufrückungsstelle erhalten sollten. Es mußte angestrebt werden, daß möglichst viele der vom Altersgrenze-Gesetz betroffenen Medizinalbeamten eine Aufrückungsstelle erhielten, noch bevor sie in den Ruhestand versetzt wurden.

Das Staatsministerium hat sich erst im Februar 1921 hierüber schlüssig gemacht und bestimmt, welchen der unter das Altersgrenze-Gesetz fallenden Beamten eine Aufrückungsstelle noch verliehen werden könne. Erst jetzt war es möglich, den meisten betroffenen Medizinalbeamten die Vorteile einer Aufrückungsstelle zuzuwenden. Nun konnten erst die Versorgungsgebührnisse von neuem aufgestellt werden. Der Bescheid ist dadurch verschiedentlich erst im April in die Hände der Betreffenden gelangt, einzig und allein zum Vorteil des Ruhegehaltsempfängers.

Was die Ausnahmen nach § 8 des Gesetzes angeht, so hat dafür das Staatsministerium bestimmte Grundsätze vereinbart, nach denen in allen Verwaltungen verfahren worden ist. Auch im Bereich der Medizinalverwaltung ist von der Bestimmung des § 8 Gebrauch gemacht, wo diese Grundsätze zutrafen.

Bezüglich der Verwendung der verabschiedeten Medizinalbeamten ist folgendes zu bemerken: Die meisten der verabschiedeten Kreisärzte, auch einige Regierungs- und Medizinalräte haben Nebenämter beibehalten. Die Medizinalverwaltung hat sich hiermit gern einverstanden erklärt und wird auch zukünftig nichts dagegen unternehmen, obwohl der Nachfolger dadurch ungünstiger gestellt wird. Sie hofft dabei auf das kollegiale Verständnis des Nachfolgers. In einem Falle wird der Regierungs- und Medizinalrat auch noch nach seiner Verabschiedung weiter beschäftigt, und zwar im Privatdienstverhältnis. Das kann aber nur da geschehen, wo die allgemeinen und örtlichen Verhältnisse es gestatten.

Die Bemerkung, der Medizinalminister habe „selbst einen als erforderlich erachteten und demgemäß erforderlichen Wechsel

seines Personalreferenten nicht durchführen" dürfen, entspricht nicht den Tatsachen und muß daher zurückgewiesen werden. Der Herr Wohlfahrtsminister bestellt in der Tat denjenigen Beamten zum Personalreferenten, den er für geeignet hält, worüber sich Herr Dr. Bornträger im Ministerium überzeugen kann.

Ebenso entschieden muß gegen die durchaus unberechtigte Unterstellung der „Niederhaltung des staatlichen Medizinalbeamtenstandes" Verwahrung eingelegt werden. Wenn die Kommunalarztfrage in den letzten Jahren in den Vordergrund gerückt worden ist, so liegt dies an der Entwicklung unseres öffentlichen Lebens. Die Medizinalverwaltung hat und wird es sich jederzeit angelegen sein lassen, die Interessen des staatlichen Gesundheitsbeamten mit Nachdruck zu vertreten wie dies kürzlich auch in einem Falle besonders geschehen ist, in dem bereits seit dem Inkrafttreten des Kreisarztgesetzes die Kreisarztgeschäfte ganz auf den Stadtarzt übergegangen waren.

Es kann nur dem allgemeinen Ansehen des Medizinalbeamtenstandes Schaden bringen, wenn derartige unberechtigte Unterstellungen zum Gegenstand von Angriffen gegen die Medizinalverwaltung gemacht werden.

Aus Versammlungen und Vereinen.

Bericht über die am 2. April d. J in Schwerin abgehaltene Versammlung des Mecklenburgischen Medizinalbeamtenvereins.

Anwesend: Zwei Vertreter des Medizinalministeriums, sowie sämtliche Kreisärzte.

Vorsitz: Geh. Med.-Rat Dr. Unruh-Wismar.

I. Entwurf eines neuen Hebammengesetzes.

Das Ministerium hat einen Entwurf der Versammlung zur Besprechung vorgelegt und wünscht zugleich Stellungnahme zu dem allerdings noch nicht Gesetz gewordenen preußischen Entwurf, da die mecklenburgische Hebammenschaft diesen auch für Mecklenburg verlangt hat. Nach eingehender Beratung wird beschlossen, folgendes dem Ministerium zu antworten:

1. Es ist dringend davon abzuraten, dem preußischen Entwurf zu folgen; die Vorteile, die er sowohl für die Hebammen, wie für die Bevölkerung bietet, sind zum Teil nur scheinbar, und die Nachteile überwiegen bei Weitem. Wir verweisen in dieser Beziehung auf die Ausführungen des San.-Rats Dr. Schäffer-Berlin in Nr. 6 der Hebammen-Zeitung und auf die Erklärung der Berliner Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe vom 26. Nov. 1920, denen wir uns im wesentlichen nur anschließen können.

2. Der mecklenburgische Entwurf beschreitet unseres Erachtens den richtigen Weg, indem er vor allem dafür Sorge zu tragen sich bemüht, daß den Hebammen ein genügendes Einkommen und eine angemessene Alters- und Berufsinvaliditäts-Versorgung gewährleistet wird, auch die bewährte Einrichtung der Aufsichtsärzte beibehält.

II. Kreisarzt und Kommunalarzt. Referent San.-Rat Dr. Buschmann, Kreis- und Kommunalarzt in Parchim:

Der Berichterstattung werden die Schwierigkeiten für die Stellung des Kreisarztes, die sich anderswo durch den Ausbau der sozialen Hygiene seitens der Kommunen ergeben haben, und die Entschließungen der verschiedenen Medizinalbeamtenvereine in dieser Frage zugrunde gelegt. In Mecklenburg stehen wir in der sozialen Hygiene noch in den Kinderschuhen, immerhin haben einzelne Städte bereits mit dem Ausbau begonnen und auch schon Kommunal-

ärzte angestellt. (Inzwischen ist auch dem Landtag ein Gesetzentwurf betr. Bildung von Wohlfahrtsämtern vorgelegt, der den Aemtern als Selbstverwaltungsorganen die Fürsorge auferlegen will; der Kreisarzt soll Mitglied des Wohlfahrtsamtes werden. Dieser Gesetzentwurf war dem Berichterstatter z. Z. noch unbekannt.)

Das Thema wurde in die Fragen zerlegt:

1. Ist ein besonderes Nebeneinanderarbeiten von staatlichen und kommunalangestellten Aerzten, d. h. eine Zweiteilung des Medizinalwesens notwendig?

Wendenburg, Stadtarzt in Gelsenkirchen, ist Verfechter dieser Zweiteilung. Er weist der Kommune die Wöchnerinnen-, Säuglings-, Kleinkinder-, Schulkinder-Fürsorge, die Fürsorge für die heranwachsende Jugend, für Tuberkulöse, Krüppel, Geisteskranke und die individuelle Wohnungsfürsorge zu. Auch die Kinderinfektionskrankheiten fielen immer mehr in das Gebiet der kommunalen Fürsorge. Demnach bedürfe eine Stadt von 200000 Einwohnern zur kreisärztlichen Versorgung nur eines bis höchstens zweier Aerzte, zur planmäßigen Fürsorgearbeit aber mindestens sechs hauptamtlicher Aerzte mit einem Personal von fünfzehn Fürsorgerinnen und einem umfangreichen Büro, die Quantität der Arbeitsleistung der Gesundheitsaufsicht zur Gesundheitsfürsorge verhalte sich also wie 5 : 1.

Diese Anschauungen hält Referent nicht für richtig. Schon vor „Entdeckung“ der sozialen Hygiene hat es Fürsorgearbeit — meist von staatlichen Organen ausgeübt, gegeben. Es ist gar nicht einzusehen, weshalb der Staat ein geringeres Interesse an der Fürsorgearbeit haben soll, als die Kommunen. Gerade für mecklenburgische Verhältnisse halte ich ein Vorangehen des Staats für nötig, schon, um einer schädlichen Zersplitterung vorzubeugen, die sich jetzt schon vorbereitet, und Kompetenzstreitigkeiten, die bei einer Zweiteilung überall drohen. Wenn die Wendenburgschen Anschauungen maßgebend werden sollten, so wird der Kreisarzt an die Wand gedrückt werden. Und ist der Kreisarzt etwa so wenig interessiert oder tätig in der Fürsorgearbeit, daß er deswegen ungeeignet zur Leitung derselben wäre? Referent ist überzeugt, daß der Ruf nach sozialer Hygiene und nach Kommunalärzten gar nicht so laut geworden wäre, wenn der Staat den Kreisärzten eine Besoldung, die ihnen völlige Hingabe an ihren Beruf ermöglichte, und ein nur annähernd so gut eingerichtetes Büro, wie es viele Gemeinden jetzt besitzen, gewährt und ihnen ausreichendes Personal zur Verfügung gestellt hätte. Mit Beschämung und Neid konnte es erfüllen, wenn man das, was in Belgien während des Krieges von deutscher Seite für die belgische Bevölkerung geschaffen wurde, mit dem verglich, was in der Heimat daran noch fehlte. Wird das Reichsjugendwohlfahrtsgesetz Tatsache, so wird auf diesem Gebiet die staatliche Regelung anerkannt; es ist also nicht einzusehen, weshalb andere Gebiete ausgenommen bleiben sollen. Natürlich soll deshalb den Gemeinden, die über das vom Staate Geleistete hinausgehen wollen, dies nicht erschwert werden; es muß aber gesorgt werden, daß dieser Teil sich der allgemeinen Organisation nützlich eingliedert.

2. Wie ist das Verhältnis der kommunalen Fürsorge zur staatlichen zu gestalten?

Zu fordern ist Aufbau des Fürsorgewesens von unten auf. Wenn der Staat (in Mecklenburg wenigstens) jetzt Tuberkulosefürsorgerinnen und Tuberkulosefürsorgeärzte anstellt, so vertritt er mit Recht den Standpunkt, daß Tuberkulosebekämpfung Seuchenbekämpfung und damit Staatsaufgabe sei. Es bleibt aber unklar, weshalb nur für die Tuberkulosebekämpfung Fürsorgeschwestern nötig sind. Für die gesamte Seuchenbekämpfung hätten schon längst derartige Organe nötig getan, um sie leistungsfähiger zu gestalten. Die fortlaufende Desinfektion und Isolierung bedarf einer fortschreitenden praktischen Anleitung (auf die ich das größte Gewicht lege) und Ueberwachung. Der Staat kommt gar nicht darum herum, für die Seuchenbekämpfung eine genügende Anzahl gut vorgebildeter Fürsorgerinnen anzustellen. Und diese Personen sind für mich das wichtigste bei der ganzen Frage. Sie lernen bei ihrer Tätigkeit die sonstigen Nöte des Volkes kennen und sind ganz selbstverständlich, schon aus eigenem Antrieb, die Vermittlerinnen auch

privater Fürsorge; sie werden den Fürsorgebedürftigen nicht nur Hilfe angedeihen lassen im Rahmen ihrer staatlichen Aufgabe, sondern über den Rahmen hinaus. Das braucht für einen Bericht in dieser Zeitschrift nicht näher ausgeführt zu werden. Es ist aber nötig, daß sie eine Instanz haben, der sie ihre Wahrnehmungen mitteilen können und die imstande ist, sogleich die nötigen Schritte zu tun; es ist nötig, daß eine Verbindung des staatlichen Vorgesetzten mit allen Wohlfahrtsverbänden usw. hergestellt wird durch Schaffung von Wohlfahrtsämtern, in denen also auch die kommunalen Einrichtungen vertreten sind.

Es scheint sehr wichtig, daß dieser Weg beschritten wird, und nicht der andere, durch Gesetz die Kommunen zur Schaffung von Organisationen zu veranlassen. Wenigstens bei den mecklenburgischen Verhältnissen wäre der Boden zu Kompetenzkonflikten und Zersplitterungen damit geschaffen. Für ganz verkehrt wird es aber vom Berichterstatter gehalten, nur eine staatliche Organisation im kleinen zu schaffen und den Kommunen zu überlassen, was sie daneben tun wollen. Bei einer solchen Regelung ist nur zu fordern, daß man nicht wartet, bis die Selbstverwaltungen sich Einrichtungen ausgebaut haben, die dann schwer umzubauen sind, und daß die Kreisärzte so besoldet werden, daß ihr Amt einen Anreiz für die tüchtigsten Aerzte bildet.

Im Einklang mit den Forderungen der Medizinalbeamtenverbände stellte Berichterstatter folgende Leitsätze auf:

1. Es bedeutet eine völlige Verkennung der Stellung des Medizinalbeamten, wenn man seine Tätigkeit nur nach der Anwendung polizeilicher Methoden beurteilt und einschränkt, deren er allerdings zur Durchführung seiner Aufgaben nicht entraten kann, und auf die er mangels genügender anderer Einrichtungen bisher vorwiegend angewiesen war. Er muß durchaus für sich in Anspruch nehmen, daß ihm die Sorge für die gesundheitliche Wohlfahrt des Volkes in jeder Beziehung am Herzen liegt.

2. Zu fordern ist, daß der Staat den Organismus für ein neuzeitliches Gesundheitswesen schafft und ausführende Organe, d. h. Fürsorgerinnen in genügender Zahl bereitstellt.

3. Diesem Organismus sind die Schöpfungen der Selbstverwaltung und alle Wohlfahrtsorganisationen beizugliedern, damit Zersplitterungen, Kompetenzkonflikte, unnötige Geldausgaben vermieden werden und ein einheitliches, krafterfülltes Ganze entsteht.

In der lebhaften Aussprache über den Buschmann'schen Vortrag ergibt sich allgemeine Zustimmung. Die Kreisärzte gerade aus den kleinen Städten rühmen auf Grund ihrer Erfahrungen mit ihren Gemeindeschwestern deren Tätigkeit auf dem Gebiete des Fürsorgewesens. Allgemein wird gewünscht, daß möglichst wenig spezialisierte Fürsorge getrieben wird, damit nicht die Schul-, Säuglings-, Tuberkulose- etc. Pflegerin nacheinander in dieselben Familien kommen, sich (sit venia verbo!) gegenseitig Konkurrenz machen, und dadurch lästig fallen, sondern daß möglichst eine Fürsorgerin allgemein arbeitet, doch wird anerkannt, daß dies nur in kleinen Städten und auf dem Lande möglich ist. Bedauerlich ist und bleibt der Widerstand, der immer noch hier und da aus den Kreisen der ärztlichen Praktiker gegen die Fürsorgebestrebungen bemerkbar wird. Notwendig ist natürlich, daß der Fürsorgearzt auf seinem Gebiet auch wirklich vollwertig ist. Die Buschmannschen Leitsätze werden mit der Bitte um Berücksichtigung der Regierung überwiesen.

III. Einschränkung der Desinfektion mit Formaldehyd.

Die bisherigen Methoden der polizeilichen Desinfektionen erscheinen reformbedürftig. Außerdem verlangen der Mangel an Formalin und die ungeheuren Kosten eine Einschränkung. Es erscheint daher berechtigt und erforderlich, mehr Wert auf die fortlaufende Desinfektion am Krankenbett und auf die mechanische Reinigung zu legen und die polizeilichen Desinfektionen auf die Fälle zu beschränken, in denen sie wirklich praktischen Wert haben. Fraglich kann sein, ob nicht für Scharlach die amtliche Desinfektion bei Bestand zu bleiben hat. Es ist nicht zu verkennen, daß sie in vielen Fällen nutzlos ist, weil das (leicht erkrankt gewesene) Kind längst wieder in allen Zimmern umhergelaufen ist; aber es ist bei der Unbekanntheit des Erregers, bei der

Schwere und Gefährlichkeit der Krankheit, bei der Unmöglichkeit einer fortlaufenden Desinfektion während der Krankheit doch erforderlich, zum Besten der Allgemeinheit alles zu tun, was eine Weiterverbreitung zu verhindern im Stande ist. Die Vorschriften gegen die sog. gemeingefährlichen Krankheiten bleiben natürlich unberührt.

IV. Ueber das **Kurpfuschertum**, das sich jetzt nach dem Kriege auch in Mecklenburg wieder frecher, denn je hervortut, und über seine Bekämpfung findet eine längere Aussprache statt. So wichtig die Bekämpfung ist, und so unbedingt nötig seine gesetzliche Eindämmung erscheint, können doch die Medizinalbeamten, die nicht de lege ferenda, sondern de lege lata zu arbeiten haben, neue Gesichtspunkte in die bisher möglichen Bekämpfungsmaßnahmen nicht hineinbringen. Die von den Aerzte-Vereinen gebildeten Kurpfuscher-Kommissionen sind gewiß dankbar anzuerkennen; ihr Wirken wird aber der Oeffentlichkeit gegenüber stets dadurch stark gehemmt und beeinträchtigt, daß die Gegenbehauptung, die Aerzte handelten nur aus eigenem Geschäftsinteresse, leider nur zu oft Glauben findet.

V. Eine Besprechung von **Steuer- und Gebührenfragen** bildete den Schluß.

Dr. Dugge-Rostock.

Bericht über die 81. Versammlung der Medizinalbeamten des Reg.-Bez. Düsseldorf am 3. Juli 1920 zu Düsseldorf.

Anwesend unter dem Vorsitz des Geh. Med.-Rats Dr. Borntraeger 22 Kreisärzte und 3 Gerichtsärzte.

Der Vorsitzende widmet dem am 2. Mai verstorbenen Kollegen, Stadt- und Kreisarzt Prof. Dr. Schrakamp, ehrende Worte des Andenkens.

1. Herr Dr. Niemeyer-Neuss begründet die Notwendigkeit der **Erhöhung der Amtsunkosten.** Nach kurzer Aussprache beschließt die Versammlung, ihre Wünsche dem Herrn Regierungspräsidenten vorzulegen.

2. Herr Dr. Döllner-Duisburg hält einen eingehenden Vortrag über die **Notwendigkeit von Aenderungen in der bisherigen Besoldung der Kreis- und Gerichtsärzte.** Die Drucklegung des Vortrages wird vorbehalten. Die Versammlung erklärt sich einverstanden.

3. Herr Dr. Herbst-Kempen spricht über die **Gebührenfrage.** Auch mit seinen Ausführungen war die Versammlung einverstanden und beschloß, eine Eingabe an den Herrn Regierungspräsidenten.

4. Herr Dr. Meyer-Lennep bespricht das **Verhältnis der Kreisärzte zu den Eisenbahnbetriebskrankenkassen und zu den Bahnarztstellen.** Es wird nicht ausbleiben, daß bei den Betriebskrankenkassen freie Arztwahl eingeführt wird; dann entsteht die Frage, ob sich der Kreisarzt der Betriebskrankenkasse noch zur Verfügung stellen soll.

Die Aussprache geht dahin: Die vertrauensärztliche Stelle als Bahnarzt soll der Kreisarzt behalten; dabei wird er von der Regierung jedenfalls unterstützt werden, auch wenn für die Familienmitglieder der Eisenbahnbeamten, wie gewünscht wird, freie Arztwahl gewährt werden sollte.

5. Herr Dr. Clauss-Düsseldorf regt an, daß die Kreisärzte der Vereinigung höherer Beamten als Einzelmitglieder beitreten. Es sei nicht genügend, daß der Preußische Verein der Medizinalbeamten in corpore beigetreten sei. Der Vorsitzende hält es für richtig, in dieser Sache erst den Vorstand des Preußischen Medizinalbeamtenvereins zu fragen.

6. Herr Dr. Wolff-Elberfeld berichtet über eine **kleine Pockenepidemie im Anfang d. J.** Sie ging von einem Manne aus, der nach Aussage des Arztes zuerst an Grippe, dann an einem durch häufiges Einnehmen von Aspirin entstandenen Arzneiexanthem erkrankt gewesen sein sollte und gestorben war, ohne daß ein Verdacht auf Pocken in Frage kam. Erst 14 Tage später wurde ein echter Pockenfall gemeldet, bei einer Person, die im Hause des Verstorbenen verkehrt hatte. Hierauf erkrankten noch weitere 5 Personen in der Nachbarschaft. Diese 6 genasen. Auffallend war, daß eine kurz vorher mit Erfolg geimpfte Frau erkrankte, eine Beobachtung, wie sie auch anderswo gemacht worden ist.

Dr. Borntraeger-Düsseldorf.

Kleinere Mitteilungen u. Referate aus Zeitschriften.

Hygiene und öffentliches Gesundheitswesen.

1. Krüppelfürsorge.

Wege, Aufgaben und Aussichten der Krüppelfürsorge. An Hand des Gesetzes kritisch betrachtet von Kreisarzt Dr. Lehmann-Düsseldorf. Aerztliche Sachverständigen-Zeitung; 1920, Nr. 22.

Verfasser erwartet von einer erfolgreichen Krüppelfürsorge als den größten, nachhaltigsten und schönsten Vorteil die Wiedererweckung und Stählung des allgemeinen Willens zur Gesundheit und Leistungsfähigkeit; er findet warmherzige Worte, um die Bedeutung einer Krüppelfürsorge. die hauptsächlich vorbeugend sein soll, in das richtige Licht zu setzen. Er sieht in unserer Säuglingsfürsorge, Tuberkulosefürsorge, Wohnungs- und Familienfürsorge bereits vorbeugende Krüppelfürsorge. Als Helfer will er den Turnlehrer vor allem zugezogen wissen. An einem Fall eines „Schlangenmenschen", den Lehmann zu sehen und zu untersuchen Gelegenheit hatte, zeigt er, wie durch stählerne Energie selbst ein Krüppel (starker Kyphoskoliotiker) sich zu einem Artisten und, was mehr ist, zu einem glücklichen und zufriedenen Menschen trainieren kann. Dr. Solbrig-Breslau.

2. Bekämpfung des Alkoholismus.

Welche gesetzgeberischen und Verwaltungsmaßnahmen sind für die Bekämpfung des Alkoholismus zu wünschen. Von Dr. Konrad Weymann, Oberverwaltungsgerichtsrat in Berlin. Nach einem auf der 32. Jahresversammlung des Deutschen Vereins gegen den Mißbrauch geistiger Getränke in Karlsruhe am 29. Oktober 1920 gehaltenen Vortrage. Sozialhygienische Mitteilungen; 5. Jahrg. 1921. Januar.

Von gesetzgeberischen Maßnahmen fordert Verfasser das mindestens einstweilige Verbot des Verkaufs von Branntwein, die einstweilige Beschränkung des Bierbrauens auf leichtes Bier, Festsetzung einer einheitlichen Polizeistunde für das Reich. Ausnahmen würden da anzuerkennen sein, wo die von Abend- oder Nachtschichten heimkehrenden Industriearbeiter darauf angewiesen sind, Beköstigung und Erfrischung in Schankwirtschaften zu suchen. Aehnliches würde auch für den Reiseverkehr zu gelten haben. — Die Vorschrift des § 120 R. V. O. ist auf Militärrenten auszudehnen. Auch bei der Arbeitslosenunterstützung ist die Unterstützung in Sachleistungen zu gewähren, wenn zu befürchten ist, daß die Unterstützung nicht zur Beschaffung des Unterhalts des Unterstützten oder seiner Angehörigen verwendet werden wird. — Zu fordern ist weiter eine Reform des Schankkonzessionswesens und der strafrechtlichen Bestimmungen über die Trunksucht und über die im Rausch begangenen Straftaten. Der Verfasser empfiehlt außerdem gesonderte Behandlung der alkoholischen Straftaten in der Reichs-Kriminalstatistik, sachgemäße Ausnutzung des § 120 R. V. O., sachgemäße Handhabung der Armenpflege, Ausbildung der Aerzte, Verwaltungsbeamten, Richter und Lehrer in der Alkoholfrage.

Dr. Israel-Breslau.

3. Soziale Hygiene.

Ueber die sozial-psychiatrischen Aufgaben der Gegenwart. Von Dr. Hans Roemer, Oberarzt an der Badischen Heil- und Pflegeanstalt bei Konstanz. Sozial-hyg. Mitteilungen; 5. Jahrgang, Heft 1, 1921.

Für die praktische Psychiatrie ist die Berücksichtigung des sozialen Gesichtspunktes dringend angezeigt. Zur Verwirklichung der sozial-hygienischen Forderungen ist zu empfehlen: 1. Der Ausbau der Entlassenenfürsorge und die Anbahnung der Frühentlassungen. Hierzu gehört die Gründung von Irrenhilfsvereinen und Fürsorgestellen. Die häufigste Geisteskrankheit, nämlich die Dementia praecox, eignet sich für die Fürsorge außerhalb der Anstalt besser, als man bisher im allgemeinen angenommen hat. Auf die Gewinnung der geeigneten Hilfskräfte ist das Hauptaugenmerk zu richten. Die Mehrkosten der neuen Einrichtungen machen sich rasch bezahlt. 2. Die Einrichtung von Beratungsstellen für Nerven- und Gemütskranke an den Heilanstalten. In Baden hat es sich praktisch bewährt, eine solche Beratungsstelle mit der für Tuber-

kulöse, Alkoholiker oder Geschlechtskranke zu verbinden. 3. Die Inangriffnahme der psychiatrischen Aufklärungsarbeit. Alle drei Aufgabenkreise greifen vielfach ineinander über. Sie haben das Ziel, die Anstalt mit ihren Aerzten in den Dienst der Allgemeinheit zu stellen und bezwecken die Durchdringung des allgemeinen Bewußtseins mit psychiatrischem Verständnis, das, wie Verfasser betont, unserem öffentlichen Leben heute noch nötiger ist als je zuvor.

Dr. Israel-Breslau.

Sozialhygienische Gegenwartsströmungen. Von Dr. Fischer-Defry, Stadtschularzt in Frankfurt a. M. Archiv für soziale Hygiene; Bd. 14, H 1.

Der Verfasser zeigt an der Hand der neuen Verfassung die Aufgaben, welche die soziale Hygiene lösen muß, um den Wiederaufbau in die Wege zu leiten. Dabei darf nicht vergessen werden, daß nicht nur die zahlenmäßige Vermehrung des Volkes den Ausschlag gibt, sondern auch ihre Zusammensetzung und der Wert des einzelnen. Dr. Wolf-Hanau.

Zur Frage des Unterrichts in der sozialen Medizin an den deutschen Universitäten. Von Prof. Dr R. Finkelnburg, Dozent für innere Medizin und Versicherungsmedizin in Bonn. Aerztliche Sachverständigen-Zeitung; 1920, Nr. 19.

Verfasser macht in dieser noch umstrittenen Frage folgende Vorschläge:

1. Für das Lehrfach der Versicherungsmedizin sind zwei Dozenten erforderlich: ein Chirurg und ein intern-neurologisch geschulter Dozent mit praktischen Erfahrungen in der Unfallkunde. Den Internisten wird gleichzeitig der Unterricht in der Gesetzes- und Standeskunde übertragen.

2. Die beiden Lehrer müssen in engster Fühlung mit den Kliniken stehen oder Abteilungen an größeren Krankenhäusern mit Unfallsmaterial leiten.

3. Die Schaffung von Unfallspolikliniken ist anzustreben. Hierin kann auch die weitere Ausbildung der Medizinalpraktikanten in der Unfallkunde gefördert werden.

4. Die Lehrtätigkeit muß vor allem in der Abhaltung von praktischen Uebungskursen an Unfallskranken und Seminarübungen (für Medizinalpraktikanten und evtl. Aerzte) bestehen. Dr. Israel-Breslau.

Methodische Körperuntersuchungen als notwendige Grundlage für eine Gesundheitsstatistik. Von Dr. G. Tugendreich, Abteilungsleiter am Medizinalamt der Stadt Berlin. Sozialhygienische Mitteilungen; 5. Jahrgang, 1921, Heft 1.

Die Einführung eines einheitlichen Gesundheitsscheines ist für die Zwecke der Gesundheitsstatistik unbedingt erforderlich. Zu fordern ist zunächst, daß für die Zwecke der Gesundheitsstatistik eine einheitliche Untersuchungsmethode ausgearbeitet und soweit es sich um amtliche Untersuchungen handelt, auf dem Wege der Verordnung oder der Gesetzgebung eingeführt würde. Erfahrungen mit einheitlicher Methodik sind z. B. in Oesterreich anläßlich der Amerikahilfe gesammelt worden. Hier werden bei den schulärztlichen Untersuchungen Länge und Gewicht nach einheitlichen Grundsätzen von einheitlich vorgebildeten Aerzten und Helferinnen bestimmt. Der Ernährungszustand wird mit Unterstützung des Index festgestellt nach Blutfülle, Fettpolster, Turgor, Muskulatur.

Gesundheitsscheine für die Säuglings- und Kleinkinderfürsorgestellen sind nach dem Vorgang Charlottenburgs von einigen Gemeinden ausgearbeitet worden. Weiterführung während der Schulzeit und später durch Kassenärzte ist zu empfehlen. Der Verfasser tritt für die Einsetzung einer Kommission ein, die in Zusammenarbeit mit den zuständigen Behörden und gleichgerichteten Vereinigungen in die Vorarbeiten für eine Reichsgesundheitsstatistik eintritt.

Dr. Israel-Breslau.

Tagesnachrichten.

Die von dem Herrn Minister für Volkswohlfahrt schon vor längerer Zeit angekündigte Verordnung über die **Bildung eines Landesgesundheitsrats in Preußen** und die damit in Verbindung stehende Verordnung über die **Bildung gerichtsärztlicher Ausschüsse**, beide vom 30. April d. J. datiert, sind in der letzten Nummer des Preuß. Gesetzblattes veröffentlicht und in der Beilage zur

heutigen Nummer der Zeitschrift abgedruckt (s. S. 57 u. 58). Durch diese Verordnungen werden die Wissenschaftliche Deputation für das Medizinalwesen, die Provinzialmedizinalkollegien sowie die technische Kommission für die pharmazeutischen Angelegenheiten und der Apothekerrat aufgehoben. Der Landesgesundheitsrat und die gerichtsärztlichen Ausschüsse in den Provinzen sollen am 1. Juli in Kraft treten; eine Besprechung beider Verordnungen behalten wir uns vor bis zum Vorliegen der dazu vom Minister für Volkswohlfahrt zu erlassenden Ausführungsbestimmungen.

Das Korrespondenzblatt der ärztlichen Kreis- und Bezirksvereine in Sachsen bringt zur **ärztlichen Titelfrage** nachstehenden zeitgemäßen Artikel in Nr. 10 dieses Jahrgangs, in dem besonders die Amtsbezeichnung bei den Versorgungsämtern als unberechtigt und irreführend bezeichnet wird:

„Die neue Zeit wollte im freien ärztlichen Beruf erfreulicherweise mit den Titeln aufräumen, so daß nur noch solchen Aerzten eine besondere Dienstbezeichnung (Bezirksärzte, Anstaltsärzte) zukam, denen die Ausübung der freien Praxis verboten ist. Bei den Versorgungsämtern befinden sich aber etwa 1000 Aerzte, meist frühere Sanitäts-Offiziere, auch jüngere Zivilärzte mit dem Titel Regierungs-Medizinalrat, an den Hauptversorgungsämtern auch Ober-Regierungs-Medizinalräte.

Es muß in mehrfacher Hinsicht zu Schwierigkeiten führen, daß das Reichsarbeitsministerium diese Herren auf der einen Seite als Staatsbeamte voll besoldet und auf der anderen Seite als Konkurrenz ihrer ohnehin schwer kämpfenden Kollegen auftreten läßt, ganz abgesehen davon, daß die Landesregierungen eine Anpassung an ihre Einrichtungen verlangen müssen. Der von diesen Herren geführte Titel, der bisher nur auf Grund der zweiten staatsärztlichen Prüfung und bei besonderen Verdiensten verliehen wurde, ist so entwertet und die von den Versorgungsärzten gebrauchte Dienstbezeichnung als vor der Oeffentlichkeit irreführend zu bezeichnen. Bayern ist als erster Staat bereits dagegen vorgegangen, indem es seinen Medizinalbeamten andere Bezeichnungen gab. Der Verein deutscher und preußischer Medizinalbeamten hat ebenfalls einen Antrag an den Reichsminister auf Abstellung der Mißstände veranlaßt. Der Sächsische Medizinal-Beamtenverein sollte nicht versäumen, sich diesem Vorgehen anzuschließen. Wenn die ehemaligen Sanitäts-Offiziere sich auf eine Prüfung zur Qualifikation zum Obermilitärarzt berufen, so ist diese einerseits mit der bezirksärztlichen Prüfung nicht zu vergleichen und wird anderseits seit sieben Jahren nicht mehr abgelegt, dürfte also nur von einigen Ober-Regierungs-Medizinalräten bei den Hauptversorgungsämtern tatsächlich abgelegt sein. Zu dieser Entwertung der bezirksärztlichen Dienstbezeichnung kommt aber eine erhebliche Schädigung der praktischen Aerzteschaft, indem die Versorgungsärzte nicht nur Zivilpraxis als den übrigen Staatsbeamten verbotene Nebenbeschäftigung betreiben dürfen, sondern auch die durch keine Prüfung oder besondere Leistung erworbene Dienstbezeichnung öffentlich anbringen und auf Rezepten zu führen berechtigt sind (Aerztl. Vereinsbl. 1921, S. 92).[1] Dadurch wird ein unberechtigter Vorteil im Konkurrenzkampf der Aerzteschaft gewährt, gegen den die Bezirks- und Kreisvereine umgehend vorgehen möchten. Wie kommt Sachsen dazu, es geschehen zu lassen, daß das Verbot der Nebenbeschäftigung seiner beamteten Aerzte besteht, während es von den Versorgungsärzten durchbrochen wird? Wie verlautet, steht man im Begriff, den Aerzten der Sicherheitspolizei die gleichen Vergünstigungen in Sachsen zu

---

[1]) **Sehr auffallend muß es auch erscheinen**, wenn sich, wie dem Herausgeber dieser Zeitschrift mitgeteilt ist, ein die Privatpraxis ausübender Versorgungsarzt in W. auf seinem Schilde nur „Medizinalrat Dr. R., Nervenarzt für innere Krankheiten“ nennt. Er scheint mit Rücksicht auf die erstrebte ärztliche Tätigkeit die erste Hälfte seines Titels „Regierungsrat“ als nachteilich anzusehen und sie deshalb dem Publikum gegenüber einfach zu verschweigen. Im gewerblichen Leben dürfte man dies „unlauteren Wettbewerb“ nennen.

gewähren. Die Bezirksvereine müßten umgehend einen Antrag gegen die Gewährung der freien Praxis und des Titels Regierungs-Medizinalrat usw. auch an die Sicherheitspolizeiärzte beim Ministerium des Innern einreichen. Aerzteschaft, tua res agitur! Es ist zu fordern, daß die Versorgungsärzte wie alle beamteten Aerzte Sachsens von der Ausübung der freien Praxis ausgeschlossen werden und daß der bisherige Titel in einen zutreffenden, nicht das Publikum irreführenden umgewandelt wird, sowie daß von der Gründung neuer derartiger Stellen unter allen Umständen von seiten der Staatsregierung Abstand genommen wird!

Von den nur wenigen **ärztlichen Mitgliedern des Reichstages** ist leider der Generalsekretär des Leipziger Aerzteverbandes, Dr. Wrebel in Leipzig (deutschn.), verstorben und der ebenfalls deutschnation. Geh. San.-Rat Dr. Hartmann in Neu-Heiduck (Oberschl.) von den Polen in Gefangenschaft geschleppt.

Am Sonnabend, den 25. Juni d. J. wird in Berlin im Hörsaal der medizinischen Poliklinik der Charité (Luisenstraße 13a), vormittags ½10 Uhr der **erste Deutsche Gesundheitsfürsorgetag** stattfinden. Auf der Tagesordnung stehen:

1. Eröffnungsansprache: Stadtmedizinalrat Geh. San.-Rat Dr. Rabnow-Berlin; 2. Gesundheitsämter; eine Forderung der Zeit: Prof. Dr. Grotjahn-Berlin; 3. Aufgaben des Gesundheitsamtes: Prof. Dr. Krautwig-Köln a. Rh.; 4. Aufbau des Gesundheitsamtes: Präsident Dr. Pfeiffer-Hamburg; 5. Stellung des Gesundheitsamts innerhalb der Jugendwohlfahrtspflege: Stadtrat Dr. Silberstein-Neukölln. Am Abend vorher, Freitag, den 24. Juni, abends 7½ Uhr findet ein zwangsloses Beisammensein im Pschorrhaus, Lauentzinstraße 13 (Ecke der Reuterstraße) statt. Alle Anmeldungen und Anfragen sind an die Geschäftssitzung des I. Deutschen Gesundheitsfürsorgetages, Berlin C., Fischerstraße 39/42 Gesundheitsamt der Stadtgemeinde Berlin, sozialhygienische Abteilung, Dr. Tugendreich zu richten.

Sprechsaal.

Anfrage des Kreisarztes Dr. B. in W.: Eine telegraphische Ladung zu einer gerichtlichen Leichenöffnung traf so spät ein, daß ich, da das Amtsgericht sein Telefon abgeschafft hat, nur telegraphisch antworten (Absagen) konnte. Das Amtsgericht weigert sich jetzt, die Kosten von 3 M. für die telegraphische Antwort zu zahlen? Meines Erachtens ist das Amtsgericht dazu verpflichtet.

Antwort: Ihre telegraphische Antwort ist in ihrer amtlichen Eigenschaft als Kreisarzt erfolgt; die Kosten dafür hat demnach die Staatskasse zu tragen. Die Rechnung darüber ist vierteljährlich oder jährlich bei dem zuständigen Regierungspräsidenten behufs Anweisung einzureichen (s. Min.-Erlaß vom 18. Juni 1915; Zeitschrift f. Med.-Beamte; Beilage zu Nr. 14, S. 94).

Bitte der Schriftleitung.

Die außerordentliche Steigerung der Portokosten zwingt die Schriftleitung, die Leser der Zeitschrift zu bitten, Anfragen, die lediglich in ihrem eigenen Interesse liegen, Freimarken für die Antwort beizufügen und alle sonstigen schriftlichen Zusendungen stets ausreichend zu frankieren, damit Nachzahlungen für Strafporto, wie sie in letzter Zeit verhältnismäßig häufig erforderlich gewesen sind, unbedingt vermieden werden.

Die Schriftleitung.

Druckfehlerberichtigung. In Nr. 10 muß es auf Seite 186 Zeile 28 von oben sowie im Inhaltsverzeichnis (2. Seite des Umschlages heißen: „Lichen" trichophiticus statt „Leichen" tr. und auf S. 187 Zeile 11 von oben „Nagelblattes" statt „Nagelblutes".

Verantwortlich für die Schriftleitung: Prof. Dr. Rapmund, Geh. Med.-Rat in Lippspringe.
Druck von J. C. C. Bruns, Minden i. W.

34. Jahrg. Nr. 12 — 20. Juni 1921

ZEITSCHRIFT FÜR MEDIZINALBEAMTE

Zentralblatt

für das gesamte Gebiet der gerichtlichen Medizin und Psychiatrie, des staatlichen und privaten Versicherungswesens, sowie für das Medizinal- und öffentliche Gesundheitswesen, einschl. der praktischen und sozialen Hygiene.

Herausgegeben von

Prof. Dr. Otto Rapmund

Geh. Med.-Rat in Bad Lippspringe.

Offizielles Organ des Deutschen, Preussischen, Bayerischen, Sächsischen, Württembergischen, Badischen, Hessischen, Mecklenburgischen, Thüringischen und Braunschweigischen Medizinalbeamtenvereins.

Eine Beilage: Rechtsprechung und Medizinalgesetzgebung

Bezugspreis für das Jahr: 30 M. durch die Post bezogen: 32 M.

VERLAG VON FISCHER'S MEDIZ. BUCHHANDLUNG H. KORNFELD.
Berlin W. 62, Keithstraße 5.

INHALT.

Personalien.

Deutsches Reich und Preussen.

Auszeichnungen: Verliehen: die Rote Kreuz-Medaille III. Kl. dem Kreisarzt Dr. Revenstorf in Rummelsburg.

Ernannt: Kreisassistenzarzt Dr. Groß in Königsberg i. Pr. zum kommissarischen Kreisarzt der Kreise Marienburg und Stuhm, Stadtarzt Dr. Wex in München-Gladbach zum kommissarischen Kreisarzt in Monschau (Reg.-Bez, Aachen).

Uebertragen: Die Verwaltung der Reg.- u. Medizinalratstelle in Aachen: dem Kreisarzt Dr. Pusch, Vorsteher des Medizinaluntersuchungsamtes in Danzig.

Gestorben: Geh. Reg.-Rat Dr. Würzburg in Berlin, früher Mitglied des Reichsgesundheitsamts, Geh. Med.-Rat Dr. Ludwig Becker, Kreisarzt a. D. in Berlin.

Geschäftsstelle und Versand für die Mitglieder des Medizinalbeamtenvereins durch J. C. C. BRUNS, Buchdruckerei, MINDEN i. WESTF.

Alleinige Anzeigen-Annahme und verantwortlich für den Anzeigenteil HANS PUSCH, BERLIN SW. 48, Wilhelmstraße 28.

Bayern.

Ernannt: Der praktische Arzt Dr. Eller in Grünstadt zum Bezirksarzt in Zurmarshausen, Apothekenbesitzer G. Sparrer in Nürnberg zum Vorsitzenden der pharmazeutischen Abteilung des Obermedizinalausschusses.

Gestorben: Obermedizinalrat Dr. Schäfer, Bezirksarzt in Sulzbach.

Erledigte Stellen.

Preussen.

Zu besetzen zum 1. September 1921 die **nicht vollbesoldete Kreisarztstelle in Striegau** (Reg.-Bez. Breslau). Bewerbungen sind bis zum 1. Juli 1921 an das Ministerium für Volkswohlfahrt in Berlin W 66, Leipzigerstr. 3, durch Vermittlung des für den Wohnort des Bewerbers zuständigen Herrn Regierungspräsidenten (in Berlin des Herrn Polizeipräsidenten) einzureichen.

34. Jahrg. Zeitschrift 1921.

für

MEDIZINALBEAMTE

Zentralblatt

für das gesamte Gebiet der gerichtlichen Medizin und Psychiatrie, des staatlichen u. privaten Versicherungswesens, sowie für das Medizinal- u. öffentliche Gesundheitswesen, einschl. der prakt. u. sozialen Hygiene

Herausgegeben
von
Prof. Dr. Otto Rapmund
Geh. Med.-Rat in Bad Lippspringe.

Offizielles Organ d. Deutschen, Preußischen, Bayerischen, Sächsischen, Württembergischen, Badischen, Hessischen, Mecklenburgischen, Thüringischen u. Braunschweigischen Medizinalbeamtenvereins

Verlag von Fischer's med. Buchhandlung H. Kornfeld
Herzogl. Bayer. Hof- u. K. u. K. Kammer-Buchhändler
Berlin W. 62, Keithstrasse 5

Nr. 12. | Erscheint am 5. und 20. jeden Monats | 20. Juni.

Der diesjährige Haushaltsvorschlag des preussischen Ministeriums für Volkswohlfahrt, insbesondere der Abteilung für Volksgesundheit.

Vom Herausgeber.

In früheren Jahren war man gewöhnt, daß der Haushaltsentwurf für das kommende Etatsjahr dem preußischen Landtage im Januar vorgelegt und entweder noch vor April oder wenigstens kurz nachher zur Verabschiedung gelangte. Jetzt scheint man keinen großen Wert mehr auf eine rechtzeitige Genehmigung des Haushalts durch den Landtag zu legen; denn während er diesem im vorigen Jahre erst im Mai, also erst nach Beginn des neuen Haushaltsjahres vorgelegt ist, hat sich in diesem Jahre seine Vorlage sogar bis Juni verzögert. Die Neuwahl des Landtages, die endgültige Regelung der Besoldungs- und mancher anderer Fragen mögen diese Verzögerung wohl hauptsächlich bedingt haben. Hoffentlich ist sie nur eine vorübergehende Erscheinung; denn ein geregelter Haushalt verlangt vor allem auch eine rechtzeitige Feststellung und Genehmigung.

Die wichtigste Aenderung des neuen Haushalts ist zunächst die, daß die **Beamtenbesoldungen** nach den einzelnen Besoldungsgruppen aufgestellt sind unter Angabe von Grundgehalt, Ortszuschlag und Kinderbeihilfe, die ausdrücklich als nicht ruhegehaltsberechtigt bezeichnet wird; die Ausgleichs- und Notzuschläge sind jedesmal besonders aufgeführt. Danach sind in der Abteilung des Ministeriums für Volksgesundheit ebenso wie bisher 1 Ministerialdirektor (Einzelgehälter, Gruppe III: 28000 M.) und 5 Ministerialräte (Gruppe XIII: 18000—22000 M.) vorgesehen. Wieviel von den sonst hier aufgeführten Oberregierungsräten, Regierungsräten und Hilfsarbeitern auf diese Abteilung entfallen, ist aus dem Haushaltsvorschlag nicht ersichtlich.

In der Bezirksinstanz erhalten von den vorhandenen 35 Regierungs- und Medizinalräten 11, also noch nicht ganz ein Drittel, „Sonderstellungen" (Gruppe XII: 11200 bis 16800 M.), während die übrigen 24 in Gruppe XI (9700 bis 14500 M.) verbleiben. Danach scheint es, daß tatsächlich nur die am Amtssitz des Oberpräsidenten befindlichen Regierungs- und Medizinalräte als Vorsitzende für die neugebildeten „gerichtsärztlichen Ausschüsse in den Provinzen" in eine sogenannte Sonderstellung aufrücken sollen und außerdem vielleicht nur noch der älteste Reg.- und Medizinalrat in Berlin. Das würde eine schwere Benachteiligung der älteren zur Zeit im Amte befindlichen Regierungs- und Medizinalräte an anderen Regierungen bedeuten, zumal bei den anderen technischen Regierungsräten nicht in der Weise, sondern in erster Linie nach dem Dienstalter verfahren ist. Für diese älteren Beamten würde darin eine unverdiente Zurücksetzung liegen, die jedenfalls dringend der Abhilfe bedarf.

In der Kreisinstanz ist insofern eine wesentliche Besserung vorgesehen, als diesmal die Zahl der vollbesoldeten Kreisärzte um nicht weniger als 45 erhöht ist; von den vorhandenen 458 Kreisarztstellen (die 19 Gerichtsarztstellen, sowie 7 Hilfsarbeiterstellen bei den Regierungen und 11 Direktoren bei den Medizinaluntersuchungsämtern sind hier nicht eingerechnet) sind künftighin also 191 = 43,5% vollbesoldet und 267 = 56,5% nicht vollbesoldet. Erfolgt die Umwandlung der nicht vollbesoldeten Kreisärzte künftighin in derselben Weise, dann würde in etwa 6 Jahren die schon seit Jahren von den Medizinalbeamten gestellte und mit Rücksicht auf die öffentliche Gesundheit unbedingt notwendige Forderung: Vollbesoldung aller Kreisärzte, erfüllt sein. Zum ersten Male sind bei dieser Umwandlung auch mehrere nicht vollbesoldete Kreisarztstellen zu einer vollbesoldeten Stelle zusammengelegt, z. B. Stadtkreis Stargard und Landkreis Saatzig, Oels und Groß-Wartenberg, Goldberg-Haynau und Schönau, Stadt- und Landkreis Lüneburg und Bleckede, Landkreis Fulda und Gersfeld, Hersfeld und Hünfeld usw.

Von den 191 vollbesoldeten Kreisärzten sind 64 = 34 %, also etwas mehr als ein Drittel als Aufrückungsstellen (Gruppe XI: 9700—14500 M.) vorgesehen, die Prozentziffer ist demnach hier etwas günstiger, als bei den Reg.- und Med.-Räten; die übrigen vollbesoldeten 127 Kreisärzte gehören zu Gruppe X (8400—12600 M.). Von diesen 191 vollbesoldeten Kreisärzten haben übrigens 88, also fast die Hälfte Nebenämter als Stadt- und Kommunalärzte, Schul- und Seminarärzte, Vertrauensärzte, Gefangen-, Polizei- und Sittenärzte, Impfärzte, Bahn- und Krankenhausärzte usw. und beziehen daraus durchschnittlich 3500 M. Von den Regierungs- und Med.-Räten dagegen nur 3 = 9 % mit durchschnittlich 4300 M. Einnahme und von ständigen Hilfsarbeitern bei der Regierung nur 1 = 14,5 % mit 3600 M. Einnahme.

Für die nicht vollbesoldeten Kreis- und Gerichtsärzte, die bekanntlich 75 % des Gehalts der vollbesoldeten (also 6300—9450 M.) beziehen, sind leider Aufrückungsstellen nicht vorgesehen; es ist dies unseres Erachtens eine Unbilligkeit gegen diese Beamten, zumal sie ebenfalls verpflichtet sind, die amtsärztlichen Gebühren an die Staatskasse abzuführen, sobald diese zusammen mit ihrem Gehalt dasjenige der vollbesoldeten Kreisärzte von gleichem Dienstalter übersteigen. Hier wird es Sache des Preußischen Medizinalbeamtenvereins sein, immer wieder von neuem auf diesen Mangel hinzuweisen und seine Beseitigung zu fordern. Dasselbe gilt betreffs der leider noch in dem vorliegenden Haushalt beibehaltenen Bestimmung, daß bei Bemessung des Ruhegehalts der nicht vollbesoldeten Kreisärzte dem Gehalte für sonstige Dienstbezüge nur 2250 M. zugerechnet werden, mit der Maßgabe, daß das hiernach dem Ruhegehalt zugrunde zu legende Diensteinkommen nicht das ruhegehaltsfähige Diensteinkommen eines vollbesoldeten Kreisarztes mit demselben Dienstalter übersteigen darf. Wenn diese Bestimmung auch ferner beibehalten werden soll, dann ist der bisherige Betrag entsprechend der Erhöhung der Gebührenordnung zu erhöhen, wie dies bereits vom Vorstand des Preuß. Med.-Beamtenvereins beantragt ist. Einfacher würde es sein, wenn für die Festsetzung des Ruhegehaltes der nicht vollbesoldeten Kreisärzte das ruhegehaltsfähige Diensteinkommen der vollbesoldeten maßgebend wäre.

Die bisherigen Vorsteher der Medizinaluntersuchungsämter sind jetzt nicht mehr als vollbesoldete Kreisärzte, sondern als Direktoren aufgeführt, übrigens die einzige Aenderung von Amtsbezeichnungen, die der Haushalt für Volksgesundheit bringt; bei den Kreisärzten und Reg.-Medizinalräten scheinen leider die Verhandlungen darüber trotz aller Eingaben noch nicht abgeschlossen zu sein. Von diesen 11 Direktoren-Stellen sind 4 = 36,3 % als Aufrückungsstellen, Gruppe XI und 7 = 63,7 % Gruppe X zugeteilt, also ein etwas günstigeres Verhältnis als bei den Reg.- und Med.-Räten und den vollbesoldeten Kreisärzten. Der bisher vertretenen Ansicht,

daß die Direktoren der Medizinaluntersuchungsämter wenig Gelegenheit zu Nebeneinnahmen hätten, trifft übrigens nach dem Voranschlag nicht zu; denn danach haben 9 = 81,8 % Nebenämter und beziehen daraus durchschnittlich 2500 M. Von den bisherigen Medizinaluntersuchungsämtern ist übrigens dasjenige in Potsdam infolge der Neuordnung der gesundheitspolizeilichen usw. Untersuchungen für Großberlin und der Provinz Brandenburg aufgehoben und anderseits ein neues Medizinaluntersuchungsamt in Trier an Stelle des nicht mehr zur Verfügung stehenden Instituts für Hygiene und Infektionskrankheiten in Saarbrücken eingerichtet. Zu den bisherigen hygienischen Instituten ist als Ersatz für dasjenige in Posen ein solches in Landsberg a. W. neu hinzugekommen. Der Direktor dieses Instituts ist ebenso wie derjenige des hygienischen Instituts in Beuthen der Gruppe XII und von den beiden Abteilungsvorstehern je 1 der Gruppe XI und X zugeteilt; dagegen erhalten die Direktoren des Instituts für Infektionskrankheiten Robert Koch in Berlin und der Landesanstalt für Wasserhygiene in Berlin-Dahlem Einzelgehälter nach Gruppe II (25 000 M.), während die Abteilungsdirektoren zu Gruppe XII und die Abteilungsleiter zu Gruppe XI gehören.

Bei der Besoldungsfrage dürfte es vielleicht auch interessieren, die **Höhe der Einnahmen** kennen zu lernen, die der Staat aus der Tätigkeit der Medizinalbeamten und den der Abteilung für Volksgesundheit unterstehenden Anstalten und Instituten bezieht; sie betragen nicht weniger als 3 285 500 M. und zwar 1 448 500 M. für amtsärztliche Gebühren der Kreisärzte (1 233 000 M. mehr) und 1 837 665 M. Gebühren der Anstalten und Institute (1 437 662 Mark mehr). Die Kreisärzte bringen also von der Gesamtausgabe, die ihre Besoldung usw. verursacht (rund 13 Mill. M.) wieder 11 % durch ihre Tätigkeit auf und die Anstalten und Institute (bei einer Gesamtausgabe von rund 7 Mill.) 38 %.

Im übrigen enthält der Haushalt für Volksgesundheit gegenüber dem Vorjahre eine erhebliche Anzahl von **Verbesserungen,** die sicherlich auch von den Medizinalbeamten als solche anerkannt werden. Die Neueinstellung von 200 000 M. für den an Stelle der fortfallenden Wissenschaftlichen Deputation für das Medizinalwesen neugebildeten Landesgesundheitsrates und von 100 000 M. für die an Stelle der fortfallenden Provinzial-Medizinalkollegien neu gebildeten gerichtsärztlichen Ausschüsse in den Provinzen soll hier nicht weiter erörtert werden; ihre Besprechung bleibt nach Vorliegen der Ausführungsbestimmungen vorbehalten. Für die Medizinalbeamten erfreulich ist aber vor allem die Erhöhung der Dienstaufwandsentschädigung der vollbesolldeten Kreisärzte von durchschnittlich 1200 auf 3600 M. und der nicht vollbesolldeten Kreisärzte einschließlich der Gerichtsärzte von durchschnittlich 550 M. auf 1800 M., wenn diese Erhöhung auch keineswegs völlig den tatsächlichen Ausgaben und demzufolge

den Wünschen der Medizinalbeamten entspricht. Ferner sind die Reisekosten der Medizinalbeamten und die Gebühren der Kreismedizinalbeamten für die dienstlich vorzunehmende Untersuchung und Begutachtung des Gesundheitszustandes von Beamten von 875 000 M. auf 1 675 000 M. erhöht. Ein weiterer Fortschritt bedeutet es, daß zum ersten Male in dem Haushalt fünf vollbesoldete Kreisärzte als Landesgewerbeärzte vorgesehen sind (in Breslau, Halle, Arnsberg, Düsseldorf und Frankfurt a. M. zur Durchführung einer Reform der Gewerbehygiene), davon 2 in Gruppe XI (also in Aufrückungsstellen) und 3 in Gruppe X.

Von den sonstigen dauernden Ausgaben sind besonders bemerkenswert: Erhöhung des Betrages für medizinalpolizeiliche Zwecke von 283 700 M. auf 403 700 M. und der Beihilfe für die Fortbildung der Aerzte, Zahnärzte und Apotheker (von 24 000 auf 80 000 M.), sowie die Beihilfe für Säuglings- und Kleinkinderfürsorge (1 Mill. M.). Unter den einmaligen und außerordentlichen Ausgaben sind außerdem mehr eingestellt für Abhaltung von Fortbildungskursen für Medizinalbeamte: 100 000 M. (im Vorjahre 50 000 M.), für die sozialhygienische Ausbildung und Fortbildung der Aerzte und Zahnärzte sowie für hygienische Volksbelehrung: 150 000 M. (neu), für Unterhaltung eines Laboratoriums der Landesanstalt für Wasserhygiene behufs der Mainwasseruntersuchung in Wiesbaden: 82 180 M. (statt 17 000 M.), für Untersuchungen über den Schutzpockenimpfstoff und über die Bedeutung des Ungeziefers als Ueberträger von Krankheiten auf Menschen: 60 000 M. (statt 20 000 M.), zur Bekämpfung der Tuberkulose: 1 000 000 M. (statt 150 000 M.) und des Typhus: 200 000 M. (statt 51 000 M.). Demnach hat bei allen diesen Ausgaben eine z. T. recht erhebliche Erhöhung stattgefunden, die im Interesse der Volksgesundheit nur zu begrüßen ist. Für die Teilnahme der Medizinalbeamten an der Ausbildung der Desinfektoren sind wieder 5000 M. eingestellt; zur Schaffung eines Ersatzes für das Leprakrankenhaus in Memel 505 000 M. und zur Verstärkung des Geschäftsbedürfnisfonds bei den Anstalten und Instituten des Volksgesundheitswesens erfreulicher Weise ein völlig neuer Betrag von 670 300 M.

Die Gesamtausgabe des Haushalts für Volksgesundheit schließt ab bei den dauernden Ausgaben mit 24 449 467 M. (gegen 7 138 070 M. im Vorjahre) also mehr: 17 311 397 M.) und in einmaligen Ausgaben mit 2 865 480 M. (gegen 370 600 M. im Vorjahre), also mehr 2 494 880 M.

Interessant ist übrigens, daß von den in den Abtretungsgebieten früher angestellten Medizinalbeamten (3 Reg.- und Med.-Räte. 6 Mitglieder und 6 Assessoren der Provinzialmedizinalkollegien und 59 Kreisärzte) 1 Reg.- und

Med.-Rat und 48 Kreisärzte anderweite Stellen erhalten haben, 2 Reg.- und Med.-Räte und 7 Kreisärzte inzwischen verstorben bezw. pensioniert, je 2 Mitglieder und Assessoren der Provinzialmedizinalkollegien und 4 Kreisärzte in den einstweiligen Ruhestand und je 4 Mitglieder und Assessoren der Provinzialmedizinalkollegien ausgeschieden sind, weil sie nur kommissarisch beschäftigt waren.]

Von den Ausgaben der beiden anderen Abteilungen des Ministeriums für Volkswohlfahrt interessieren hier nur folgende: 400000 M. für Unterstützung von Vereinigungen, gemeinnützigen Unternehmungen sowie von wissenschaftlichen Arbeiten zur Förderung des Kleingartens, Wohnungs- und Siedlungswesens, 30 Millionen Mark zur Unterstützung des Wohnungs- und Säuglingswesens (einmalig), 6 Millionen M. zur Förderung der Pflege der schulentlassenen Jugend sowie zur Ausbildung und Anleitung von für die Jugendpflege geeigneten Personen, 3000 M. Beihilfen für Kleinkinderschulen, Kinderhorte und Kinderheime, 60000 M. zur Förderung von Erhebungen und wissenschaftlichen Arbeiten auf dem Gebiete der Wohlfahrtspflege, 1236618 M. zur Förderung der Bekämpfung der Trunksucht und ihrer Ursachen sowie zur Milderung der durch die Trunksucht herbeigeführten Schäden, 110000 M. (einmalig) zur Förderung von Einrichtungen der ländlichen Wohlfahrtspflege, 200000 M. (einmalig) zur Unterstützung der öffentichen und privaten Wohlfährtspflege insbesondere in leistungsschwachen Kommunalverbänden.

Aus dem Ministerium für Wissenschaft, Kunst und Volksbildung verdienen folgende Ausgaben erwähnt zu werden: je 15000 M. für Zwecke der Syphilisforschung bei den Kliniken für Haut- und Geschlechtskrankheiten in Bonn, Breslau und bei der Charité in Berlin, 16000 M. für das hygienische Institut in Greifswald zur Herstellung hochwertiger Sera zur Blutuntersuchung für gerichtliche Zwecke, 25000 M. bei dem Institut für experimentelle Therapie in Frankfurt a. M. zur Erforschung der Krebskrankheit.

Wir lassen nun die einzelnen Positionen des Haushalts für Volksgesundheit folgen:

A. Dauernde Ausgaben.

1. Besoldungen.

a)	11 Regierungs- und Medizinalräte in Sonderstellungen (Gruppe XII)	198 220 M.	
b)	24 Reg.- u. Med.-Räte, 2 vollbesoldete Kreisärzte als ständige Hilfsarbeiter bei den Regierungen, 2 desgl. als Landesgewerbeärzte (Gruppe XI)	442 120 M.	
c)	8 vollbesoldete Kreisärzte als Landesgewerbeärzte und 5 desgl. als ständige Hilfsarbeiter bei Regierungen (Gruppe X)	110 880 „	751 220 M.[1])[2])

d) 33 Mitglieder (600—1200 M.) u. 30 Assessoren (600—1050 M.) der Provinzialmedizinalkolleg. (künftig fortfallend) — 50450 M.

e) 64 vollbesoldete Kreisärzte in Aufrückungsstellen (Gruppe XI) . . . . 1010560 M.

f) 127 vollbesoldete Kreisärzte } in Gr. X. — 1760220 „

g) 267 nicht vollbesoldete Kreisärzte } in Gr. X. — 2911635 „ — 5682415 „ [3])

(darunter 19 Gerichtsärzte).

Vermerk: 1. Ersparnisse können zu Stellvertretungskosten verwendet werden.

2. Bei der Bemessung des Ruhegehaltes der nicht vollbesoldeten Kreisärzte werden dem Gehalt für sonstige Dienstbezüge 2250 M. zugerechnet mit der Maßgabe, daß das hiernach dem Ruhegehalt zugrunde zu legende Diensteinkommen nicht das ruhegehaltsfähige Diensteinkommen eines vollbesoldeten Kreisarztes mit demselben Dienstalter übersteigen darf.

h) Vertragsmäßige Zuschüsse an ehemalige Physiker und an 7 Aerzte der französischen Kolonie . . . . 5571 „

i) Ausgleichs- und Notzuschläge . . . . . . 4863662 „ [4])

---

[1]) Die Stelle eines vollbesoldeten Kreisarztes als ständiger Hilfsarbeiter bei der Regierung in Potsdam ist infolge der Gemeinde Groß-Berlin an das Polizeipräsidium in Berlin verlegt; so daß sich künftig die Hilfsarbeiterstellen mit je 1 auf die Regierungen in Königsberg, Breslau, Oppeln, Arnsberg und Düsseldorf sowie 2 bei dem Polizeipräsidium in Berlin verteilen.

[2]) Die zur Durchführung einer Reform der Gewerbehygiene neu vorgesehenen 5 Landesgewerbeärzte sollen ihren Amtssitz in Breslau, Halle, Arnsberg, Düsseldorf und Frankfurt a. M. haben.

[3]) Die vollbesoldete Kreisarztstelle für den Landkreis Gelsenkirchen (Rgbz. Arnsberg) ist unter Bildung eines selbständigen Kreisarztbezirkes aus dem Stadtkreise Oberhausen (Rgb. Düsseldorf) nach diesem Ort verlegt worden. Ebenso sind die nicht vollbesoldeten Kreisarztstellen Groß-Wartenberg und Nimptsch (Rgbz. Breslau) unter Bildung eines selbständigen Kreisarztbezirkes aus den Landkreisen Erfurt und Weißensee, bezw. zur Schaffung einer neuen Gerichtsarztstelle aus Anlaß der Bildung der Gemeinde Groß-Berlin nach Erfurt und Berlin verlegt worden. Außerdem sind die nicht vollbesoldeten Kreisarztstellen für die Landkreise Hümling (Rgbz. Osnabrück) und Steinau (Rgbz. Breslau) unter Bildung je eines selbständigen Kreisarztbezirkes aus den Stadtkreisen Sterkrade und Hamborn (Rgbz. Düsseldorf) nach diesen Orten verlegt worden. Die Umwandlung dieser beiden Kreisarztstellen in vollbesoldete ist mit Rücksicht auf die Bezirke erforderlich. Außerdem haben die kreisärztlichen Dienstgeschäfte in den Kreisarztbezirken Osterode, Ortelsburg, Potsdam, Osthavelland, Ruppin, Jüterbog, Guben, Luckau, Stargard (Stadtkreis Stargard und Landkreis Saatzig), Schlawe, Glatz, Reichenbach, Oels (Landkreise Oels und Groß-Wartenberg), Wohlau-Steinau, Glogau, Goldberg (Landkreise Goldberg-Haynau und Schönau), Löwenberg, Gardelegen, Neuhaldensleben, Sangerhausen, Wittenberg, Zeitz (Stadt- und Landkreis) Saalkreis, Schleswig, Hameln, Hildesheim, Lüneburg (Stadt- und Landkreis Lüneburg unter gleichzeitiger Zuteilung des Kreises Bleckede), Geestemünde (Stadt- und Landkreis), Beckum, Wiesbaden (Landkreis Wiesbaden), Fulda (Landkreise Fulda und Gersfeld), Hersfeld (Landkreise Hersfeld und Hunfeld), Wetzlar. Altenkirchen, Cleve, Neuß, Rees, Lennep, Remscheid (Stadtkreis), Geldern, Gummersbach, Trier (Landkreis Trier und Restkreis Merzig) und Geilenkirchen (Landkreise Heinsberg und Geilenkirchen) einen solchen Umfang angenommen, daß ihre Umwandlung in vollbesoldete Kreisarztstellen erforderlich ist.

[4]) Gesamtsumme für Besoldungen: (Ziffer 1, a—i): 10853318 M. (gegen 2375271 M. im Vorjahre), also mehr: 8478047 M.

2. Andere persönliche Ausgaben.

a) Vergütung an 38 Kreisassistenzärzte sowie Beihilfe (4750 M.) für die Wahrnehmung von Obliegenheiten der Kreisärzte durch Gemeindeärzte	641 544 M.[5]	
b) Stellenzulagen für nicht vollbesoldete Kreisärzte einschließlich der Gerichtsärzte . . .	127 650 „	
c) Entschädigung an die vor dem 1. April 1908 angestellten vollbesoldeten Kreisärzte für den Wegfall der Fuhrkostenentschädigung aus § 1 des Gesetzes vom 9. März 1872 und der übrigen ihnen bisher zugeflossenen Gebühren für Dienstgeschäfte (künftig wegfallend) . .	5 000 „	
d) Unterstützungen f. Medizinalbeamte (37 875 M.), ausgeschiedene Medizinalbeamte und für Witwen und Waisen von Medizinalbeamten (40 000 M.) sowie für die auf Grund des § 15 des Kreisarztgesetzes vom 16. Sept. 1899 in den Ruhestand versetzten Medizinalbeamten und ihre Hinterbliebenen (12 000 M.) (künftig wegfallend)	89 875 „	864 069 M.[6]

3. Sächliche Ausgaben.

a) Dienstaufwandsentschädigungen für zwei Reg.- u. Med.-Räte in Berlin je 1200 M., für Vertretung von Reg.- und Med.-Räten und als ständige Hilfsarbeiter bei Regierungen beschäftigten vollbesoldeten Kreisärzten (3000 M.), Vergütung für die Prüfung der Rezepte und Rechnungen über die für Staatsanstalten gelieferten Arzneien (12000 M.), Dienstaufwandsentschädigungen für die vollbesoldeten Kreisärzte (durchschnittlich 3600 M.), für die nicht vollbesoldeten Kreisärzte u. Gerichtsärzte (durchschnittlich 1800 M.), (zusammen 1 168 200 M.), Postporto- und Gebührenbeträge, einschließlich Fernsprech- und Telegrammgebühren sowie Frachtgebühren für dienstliche Sendungen der Kreisärzte (380 M.), Reisekosten und Entschädigungen für die Erstattung schriftlicher Gutachten und Berichte an die irrenärztlichen Mitglieder der Besuchsausschüsse für die Beaufsichtigung der Privat-Irren- usw. Anstalten sowie an die irrenärztlichen Sachverständigen für die Besichtigung der Provinzial-Irrenanstalten und Reisekosten für die auswärtigen Mitglieder des Beirats f. das Apothekenwesen (12 970 M.)	1 198 950 „ [7]
b) Beihilfen zum Studium medizinal-technisch wichtiger Einrichtungen und Vorgänge . .	3 000 „
c) Reisekosten der Medizinalbeamten u. Gebühren der Kreismedizinalbeamten für die dienstlich	

---

[5]) Mehr: Zwei Kreisassistenzärzte zur Verwaltung der Restkreise Merzig und St. Wendel-Baumholder (Reg.-Bez. Trier); die bisherigen Kreisassistenzarztstellen Hamborn und Sterkrade (Reg.-Bez. Düsseldorf) sind nach Neustadt (Reg.-Bez. Hannover) und Opladen (Reg.-Bez. Düsseldorf) verlegt.

[6]) Im Vorjahre 326 000 M., also mehr: 538 069 M.

[7]) Mehr: 827 700 M.

vorzunehmende Untersuchung u. Begutachtung des Gesundheitszustandes von Beamten . . 1 675 000 M.[8])

d) Vergütung an die Mitglieder und Beamten der Kommissionen für ärztliche usw. Einrichtungen 203 000 „

4. Institute u. Medizinaluntersuchungsämter.

a) Institut für Infektionskrankheiten „Robert Koch“ in Berlin . . . . 2 101 488 „ [9])

b) Landesanstalt für Wasserhygiene in Berlin-Dahlem . . . . 1 189 920 „ [10])

c) Hygienisches Institut in Landsberg . . . . 395 595 „ [11])

d) Hygienisches Institut in Beuthen (Oberschl.) 453 515 „ [12])

e) 10 Medizinal-Untersuchungsämter in Gumbinnen, Stettin, Breslau, Magdeburg, Hannover, Stade, Münster, Koblenz, Düsseldorf und Trier:

4 Direktoren (Gruppe XI)	65 440 M.	
7 „ („ X)	100 520 „	
(davon 1 künftig wegfallend)		
Sonstige Ausgaben	1 878 235 „	2 044 185 „ [13])

f) Staatliche Nahrungsmittel-Untersuchungsanstalt in Berlin . . . . 615 205 „ [14])

5. Sonstige Ausgaben.

a) Bad Bertrich . . . . 185 070 „ [15])

b) Impfwesen . . . . 517 230 „ [16])

c) Geschäftsbedürfnisse (Gehälter, Reisevergütungen, Anwesenheitsgelder usw.):

für den Landesgesundheitsrat	200 000 M.	
für die gerichtsärztlichen Ausschüsse in den Provinzen	100 000 „	300 000 „ [17])

d) Kosten der amtlichen Apothekenbesichtigungen durch arzneikundige Bevollmächtigte . . . 51 750 „

e) Almosen an körperlich Gebrechliche zur Rückkehr in die Heimat sowie für arme Kranke 810 „

f) Für medizinalpolizeiliche Zwecke einschließlich 8000 M. zur Bestreitung der Kosten der sanitätspolizeilichen Ueberwachung zur Abwehr der Choleragefahr und 25 700 M. zur Unterbringung von Leprakranken . . . . . . 403 700 „ [18])

g) Für Zwecke der Hafen- u. Schiffsüberwachung einschließlich 12530 M. zur Unterhaltung der Quarantäneanstalten in Swinemünde, Voßbrook bei Kiel und Emden sowie der im Stettiner Hafen befindlichen Vorrichtung zur Vernichtung von Ratten auf Seeschiffen . . 48 620 „

---

[8]) Mehr: 800 000 M. [9]) Mehr: 1 762 077 M. [10]) Mehr: 975 640 M. [11]) Mehr: 334 155 M. [12]) Mehr: 388 795 M.

[13]) Mehr: 1 801 265 M. Das bisherige Medizinaluntersuchungsamt in Potsdam ist infolge Neuordnung der gesundheitspolizeilichen usw. Unternehmungen für Groß-Berlin und die Provinz Brandenburg aufgehoben. An Stelle des nicht mehr zur Verfügung stehenden Instituts für Hygiene und Infektionskrankheiten in Saarbrücken ist ein neues Medizinaluntersuchungsamt in Trier eingerichtet.

[14]) Mehr: 515 919 M. [15]) Mehr: 108 200 M. [16]) Mehr: 375 530 M.

[17]) An Stelle der in Wegfall kommenden Wissenschaftlichen Deputation für das Medizinalwesen und der Medizinalkollegien in den Provinzen ist die Schaffung eines Landgesundheitsrates und gerichtsärztlicher Ausschüsse in den Provinzen notwendig.

[18]) Mehr: 120 000 M.; insbesondere zur Herstellung und Verteilung gemeinverständlicher Belehrungen über ansteckende Krankheiten, zur Anschaffung von Gefäßen zur Versendung bakteriologischen Untersuchungsmaterials und für Druckschriften auf dem Gebiete der Medizinalverwaltung (Gesundheitsbericht usw.).

h)	Ausführung des Gesetzes, betr. die Bekämpfung übertragbarer Krankheiten	90 000 M.
i)	Unterstützung des Bezirkshebammenwesens .	120 000 „
k)	Beihilfen zur Säuglings- u. Kleinkinderfürsorge	1 000 000 „
l)	Rente für aufgehobene Berechtigungen an die Irren-, Heil- und Pflegeanstalt in Eichberg Reg.-Bez. Wiesbaden (1674 M.) und Zuschuß an die Krankenanstalt der Tochter vom Heiligen Kreuz in Düsseldorf (3936 M.)	5610 „
m)	Verschiedene Zuschüsse (künftig wegfallend) (darunter 80 000 M. für die Zwecke der Fortbildung von Aerzten, Zahnärzten u. Apotheker)	105 132 „ [19])
n)	Umzugskosten	24 300 „
	Zusammen:	24 449 467 M.
	Im Vorjahre:	7 138 070 „
	Also mehr:	17 311 397 M.

B. Einmalige außerordentliche Ausgaben.

1.	Abhaltung von **Fortbildungskursen für Medizinalbeamte**	100 000 M. [20])
2.	Für die **sozialhygienische Ausbildung und Fortbildung** der Aerzte und Zahnärzte, sowie für die hygienische Volksbelehrung	150 000 „ [21])
3.	**Unterhaltung eines Laboratoriums der Landesanstalt f. Wasserhygiene** in Berlin-Dahlem f. die Zwecke der Mainwasseruntersuchung in **Wiesbaden**	82 180 „ [22])
4.	Zuschuß für Geschäftsbedürfnisse bei dem Institut für Infektionskrankheiten „**Robert Koch**" in Berlin insbesondere für **Untersuchungen über den Schutzpockenimpfstoff und über die Bedeutung des Ungeziefers** als Ueberträger von Krankheiten auf Menschen	60 000 „ [23])
5.	Einmalige Verstärkung des Fonds für **medizinalpolizeiliche Zwecke** zur Bekämpfung der **Malaria**	60 000 „ [24])
6.	Beihilfen zur Veranstaltung von Forschungen über Ursachen und Verbreitung der **Krebskrankheit**	3 000 „ [25])
7.	Beihilfe zur **Bekämpfung der Tuberkulose** . .	1 000 000 „ [26])
8.	Zur planmäßigen **Bekämpfung des Typhus** . .	200 000 „ [27])
9.	Beihilfen zur Anstellung von hauptberuflichen Sachverständigen behufs **Durchführung des Weingesetzes** vom 7. April 1909	30 000 „
10.	**Teilnahme der Medizinalbeamten an der Ausbildung der Desinfektoren**	5 000 „ [28])
11.	Zur Schaffung eines Ersatzes für das infolge Gebietsabtretung in Wegfall gekommene **Leprakrankenheim** bei Memel	505 000 „ [29])
12.	Zur Verstärkung des **Geschäftsbedürfnisfonds bei den Anstalten und Instituten des Volksgesundheitswesens**	670 300 „
	Zusammen:	2 865 480 M.

---

[19]) **Mehr**: 31 190 M. [20]) **Mehr**: 50 000 M.

[21]) In der Begründung hierzu heißt es: Die Bekämpfung und Heilung der Gesundheitsschäden, die der Krieg mit sich gebracht hat, erfordert **Aerzte und Zahnärzte**, die auf dem Gebiete der gesundheitlichen Fürsorge besonders erfahren sind. Es ist beabsichtigt, die Veranstaltung systematischer **Aus- und Fortbildungslehrgänge** durch Staatsbeihilfen anzuregen und zu fördern. Daneben ist es erforderlich, weite Kreise der Bevölkerung über die Grundlehren der öffentlichen und privaten Gesundheit aufzuklären.

[22]) **Mehr**: 65 080 M. [23]) **Mehr**: 20 000 M [24]) **Weniger**: 20 000 M. [25]) **Weniger**: 7000 M. [26]) **Mehr**: 850000 M. [27]) **Mehr**: 149 000 M. [28]) Wieder eingestellt.

[29]) Das **Lepraheim** soll in Waacke bei Göttingen errichtet werden.

Zur Frage der Altersgrenze.

Von Nervenarzt Dr. Rixen in Brieg.

Niemand, der die Abhandlung des Geh. Medizinalrats Dr. Borntraeger-Düsseldorf: „Das Altersgrenzegesetz und die Medizinalbeamten“ in Nr. 9 dieser Zeitschrift aufmerksam durchliest, wird verkennen, daß sie in einem Zustande tiefer Verbitterung geschrieben ist. Als einem völlig Unbeteiligten, der als Nichtbeamter weder Vorteile noch Nachteile von dem Gesetz vom 15. Dezember 1920 zu erwarten hat, bitte ich, mir zu gestatten, an die Darlegungen Borntraegers einige Bemerkungen zu knüpfen. Es erscheint mir nicht richtig, die Frage, ob eine Altersgrenze für Beamte zweckmäßig ist oder nicht, unter dem Gesichtspunkte unserer heutigen politischen Verhältnisse zu betrachten; denn dieses Problem ist auch früher lange vor der staatlichen Umwälzung nicht so ganz selten erörtert worden. Auch sei daran erinnert, daß im alten Oesterreich lange Zeit vor dem Kriege für Universitätsprofessoren eine Altersgrenze bestand. Es ist gewiß nicht zu billigen, daß alte verdiente Beamte so schroff und rücksichtslos bei ihrer Zwangspensionierung behandelt worden sind, wie das nach der Schilderung Borntraegers geschehen ist, aber es kann doch nicht geleugnet werden, daß dem Prinzip einer Altersgrenze für Beamte ein richtiger Gedanke zu Grunde liegt. Der vollen körperlichen und geistigen Leistungsfähigkeit des Menschen ist nun einmal von der Natur eine Grenze gesetzt, und wer diese Grenze erreicht hat, der sollte im eigenen Interesse wie im Interesse der Gesamtheit jüngeren, leistungsfähigeren Kräften Platz machen. Borntraeger spricht „von dem immerhin etwas schweren Entschlusse des Amtsniederlegens“. Mancher Beamte vermochte sich nur schwer zu einem solchen Entschlusse durchzuringen; deshalb kam es nicht allzu selten vor, daß ältere Beamte das traurige Bild körperlicher und geistiger Unzulänglichkeit darboten. Es kann doch nicht in Abrede gestellt werden, daß ältere Beamte nicht selten am Amte klebten, und die Vorstellung ihrer Unentbehrlichkeit ihnen in Fleisch und Blut übergegangen war. Am Schlusse seines schönen Buches „Erinnerungen eines alten Irrenarztes“ schrieb mein hochverehrter Lehrer Carl Pelman folgende Sätze, die ich den stark subjektiv gefärbten Ausführungen Borntraegers entgegenstellen möchte:

„Zudem war es meine Ueberzeugung, daß es für den Professor eine Altersgrenze geben sollte. Mag man sie nun höher oder niedriger bemessen, soviel steht fest, daß es nur wenigen gottbegnadeten Sterblichen beschieden ist, den allgemein gültigen Gesetzen zu entgehen und ihre jugendliche Frische bis in das Alter zu bewahren. Aber selbst diese wenigen müssen das Mehr der Reife und Abgeklärtheit mit einem Weniger an Kraft und Unmittelbarkeit bezahlen, und die Anziehungskraft, die sie früher für die Jugend besaßen, ist meist dahin. Daß der Einzelne ganz von selbst zu dieser Ueberzeugung kommen sollte, ist nicht überall anzunehmen. Der Mensch ist für gewöhnlich gegen sich von einer recht weitgehenden Duldsamkeit, und diese Duldsamkeit nimmt, soweit meine Erfahrungen reichen, mit den Jahren nicht ab. Von außen

aber darauf aufmerksam gemacht zu werden und sich der Gefahr auszusetzen, von oben herab einen leisen Wink zu bekommen, daß es Zeit zum Gehen wäre, ist unter allen Umständen schmerzlich und sollte einem alten Lehrer erspart werden. Und daher halte ich eine Altersgrenze für wünschenswert. Da sie aber bisher nicht besteht, machte ich aus eigenem Entschlusse Schluß."

So schrieb Pelman im Jahre 1912! Was er hier von den Professoren sagt, das gilt in gleicher Weise von den Beamten. Bei ruhiger Ueberlegung wird man sich der Richtigkeit dieser Ansicht und der durchschlagenden Beweiskraft der dafür angeführten Gründe nicht verschließen können.

Noch eine andere Erwägung spricht für die Schaffung einer Altersgrenze bei Beamten. Ich habe in verschiedenen Beamtenkategorien Beamte kennen gelernt, die „nicht wankten und nicht wichen" und dadurch jüngeren, strebsamen Beamten den Aufstieg erschwerten, ja unmöglich machten; dadurch ergab sich das nicht gerade erhebende Schauspiel, daß jüngere Beamte auf den Tod der ältesten warteten, damit ein Emporrücken ermöglicht wurde. Borntraeger ruft im Hinblick auf die durch das Altersgrenze-Gesetz in den Ruhestand versetzten Beamten aus: „Wieviel Arbeitsfreudigkeit und Leistungsfähigkeit wird nicht erzwungen ausgeschaltet, brachgelegt und zur Untätigkeit verdammt!" Kann man nicht mit noch mehr Recht sagen, daß eine große Zahl von Beamten seelisch schwer unter dem Drucke litt, nicht vorwärts zu kommen, weil ältere und älteste Vorgänger sich nicht entschließen konnten, ihr Amt aus freien Stücken niederzulegen, wenn es „Zeit zum Gehen" war? Zahlreiche Beamte mit hervorragendem Wissen und Können mußten sich mit untergeordneten Stellungen begnügen und wurden dadurch verbittert, weil ihnen durch den Mangel einer Altersgrenze ein Aufstieg zu größerem Schaffen unmöglich gemacht wurde.

Gerade vom Standpunkte der Allgemeinheit muß daher die Errichtung einer Altersgrenze begrüßt werden.

Nachschrift des Herausgebers.

Ueber die Frage der Notwendigkeit einer Altersgrenze für Beamte kann man verschiedener Ansicht sein; ich selbst gehöre zu den Beamten, die eine solche anerkennen und auf demselben Standpunkt wie Geh. Rat Dr. Pelman stehen. Wenn es seine persönlichen, insbesondere finanziellen Verhältnisse gestatten, dann soll ein Beamter gar nicht so lange warten, bis ihm von oben ein zarter Wink zum Abgehen gegeben wird, sondern es vorziehen, zu einer Zeit seinen Abschied zu nehmen, wo er körperlich und geistig noch so frisch ist, daß er sein Otium cum dignitate wirklich genießen und sich, frei von allen Zwang, den das Beamtentum mit sich bringt, entsprechend seiner besonderen Neigung und Fähigkeit betätigen kann. Obwohl ich mit Leib und Seele 40 Jahre lang preußischer Medizinalbeamter gewesen bin, so war es mir doch nach Erlangung des 65. Lebensjahres äußerst angenehm, ohne ärztliches Dienst-

untauglichkeitszeugnis auf eigenes Ansuchen aus dem Amte scheiden zu können zu einer Zeit, wo ich noch nicht zum Mummelgreis geworden war und nun ganz tun und lassen konnte, was ich wollte. Wenn die Zwangspensionäre von diesem Standpunkt aus ihre Verabschiedung betrachten, dann wird diese vielleicht manchen von ihnen nicht so unangenehm erscheinen. Für die sogenannten „Kleber am Amte“ wird das allerdings nicht der Fall sein; ihnen gegenüber ist aber gerade eine Zwangspensionierung im staatlichen Interesse berechtigt. In dem vorliegenden Falle handelt es sich aber weniger um die Frage, ob Zwangspensionierung oder nicht, sondern hauptsächlich darum, ob bei dem jetzigen Zwangspensionierungsgesetz und dessen Durchführung die davon betroffenen Beamten nicht in durchaus unbilliger und unberechtigter Weise benachteiligt sind. Diese Frage muß aber unbedingt bejaht werden; sie muß namentlich mit Rücksicht auf die Medizinalbeamten bejaht werden, die im Gegensatz zu den übrigen Beamten fast sämtlich erst in einem verhältnismäßig hohen Lebensalter pensionsberechtigte Beamte geworden sind und dies nach den bisherigen gesetzlichen Bestimmungen über ihre Vorbildung usw. auch nicht früher werden konnten. Sie konnten demzufolge die Höchstpension nur dann erreichen, wenn sie bis zu ihrer Dienstunfähigkeit im Amte blieben; diese Berechtigung ist ihnen jetzt genommen und darin liegt eine außerordentlich schwere Benachteiligung und meines Erachtens auch eine Verletzung der ihnen bei ihrer Anstellung gesicherten Rechte, die nur dann als gesetzlich zulässig erachtet werden kann, wenn ihnen durch Fortgewährung des vollen Gehaltes als Ruhegehalt bis zu ihrer tatsächlichen Dienstunfähigkeit gewährt wird. Leider hat der Bund höherer Beamten abgelehnt, in dieser grundsätzlichen Frage eine Entscheidung des höchsten Gerichtshofes herbeizuführen, weil er ein Vorgehen in dieser Hinsicht für aussichtslos hält. Es wird sich deshalb empfehlen, daß zunächst einer der betroffenen Medizinalbeamten den Versuch macht, eine ihm günstige Entscheidung herbeizuführen und der Verein ihn hierbei durch Uebernahme der Kosten unterstützt.[1]) Gleichzeitig sollte aber versucht werden, durch den Landtag eine Aenderung des Zwangspensionsgesetzes wenigstens in der Richtung herbeizuführen, daß entweder allen

---

[1]) Ein solches Vorgehen wird wahrscheinlich nicht mehr nötig sein, denn soeben bringt die Vossische Zeitung (vom 14. d. Mts.) die Mitteilung, daß bereits der Deutsche Richterverein behufs Entscheidung der vorstehenden Frage einen der von der Zwangspensionierung betroffenen Richter bestimmt hat, die Differenz zwischen seiner Pension und dem Gehalt, das er sonst gehabt hätte, einzuklagen. Er hat damit in erster Instanz Erfolg gehabt. Das Landgericht I in Berlin hat den preußischen Fiskus klagegemäß verurteilt. Diese Entscheidung ist natürlich nicht endgültig; der Prozeß wird durch alle drei Instanzen getrieben werden müssen, so daß schließlich das Reichsgericht die Grenzen festzustellen hat, innerhalb denen das Gesetz vom 15. Dezember 1920 rechtswirksam ist.

zwangspensionierten Beamten das volle Gehalt bis zu ihrer Dienstunfähigkeit oder wenigstens bis zu dem Zeitpunkt fortgewährt wird, wo ihnen die höchste Pension zusteht.

Gedanken eines Medizinalbeamten über die Vergebung der Hebammen-Utensilien.

Von Geh. Med.-Rat Dr. **Sarganek**, Kreisarzt in Köslin.

Wenn dem Medizinalbeamten vom Kreisausschuß — wie dieses hin und wieder zu geschehen pflegt — die Rechnungen über gelieferte Hebammen-Utensilien zur Prüfung zugehen, so muß sich diesem unwillkürlich die Frage aufdrängen: Warum schafft der Kreis die Hebammen-Utensilien nicht selbst an, nimmt sie in eigene Verwaltung, streicht den erheblichen Gewinn der Zwischenhändler selbst ein und entlastet auf diese Weise die Steuer zahlenden Kreisinsassen?

Eine allgemeine Einführung dieses Modus steht der § 164 des Reichsverfassungsgesetzes entgegen, der dahin lautet, daß jede Schädigung des Mittelstandes zu vermeiden sei. Die Richtigkeit dieses Standpunktes muß vom sozialen Gesichtspunkte als unbedingt richtig anerkannt werden. Jede Selbstverwaltung von Verbandmitteln etc. muß — sofern die Lieferung nicht von einem Lieferanten des Kreises bezogen ist, unbedingt zu einer Benachteiligung der steuerzahlenden Händler des Kreises führen. Eine Selbstverwaltung der betreffenden Sachen kann billigerweise von seiten des Kreises nur stattfinden, wenn sie von den Lieferanten des Kreises bezogen sind.

Für den Bezug der Kresolseifenlösung liegt die Sache vollkommen klar. Nach dem für die Hebammen als Richtschnur dienenden Hebammen-Lehrbuch § 116 ist die Kresolseifenlösung aus den Apotheken zu beziehen. Diese Anordnung besteht durchaus zu Recht, da nur der Bezug aus den Apotheken die Sicherheit für die Güte des Mittels gewährleistet. Ebenso klar sind die Verhältnisse bezüglich des Bezuges der vorgeschriebenen Höllensteinlösung, die als Losung nach der Kaiserlichen Verordnung den Apotheken vorbehalten ist. Der Kreisauschuß als Vorgesetzter und Wächter des Hebammenwesens wird billigerweise die Hebammen in den Stand setzen müssen, den administrativen und gesetzlichen Bestimmungen nachzukommen. Ob das Hebammenlehrbuch auch für den Kreisausschuß eine gesetzlich bindende Kraft hat, wie für die Hebammen, mag füglich hier ununtersucht bleiben. Sehr wesentlich anders liegt die Sache in betreff der übrigen im § 194 des Hebammenlehrbuches vorgeschriebenen Verband-Gummisachen etc. Daß diese nicht aus den Apotheken bezogen werden brauchen, geht schon daraus hervor, daß ein weiterer Bezug im Hebammenlehrbuch nicht vorgeschrieben ist. In dieser Beziehung würden die Apotheken sicher auch keine

größere Garantie bieten, als jedes gut geleitete Drogen- oder Sanitätsgeschäft, um so mehr als der Kreisausschuß durchaus in der Lage ist, derartigen Geschäften ebenfalls gewisse Bedingungen über die Güte der zu liefernden Sachen vorzuschreiben und einen billigen Rabatt zu vereinbaren.

Aus diesen Gründen glaube ich vor einer einseitigen Bevorzugung der Apotheken für den Bezug der Verbandmittel (Watte, Tampons, Thermometer, Gummihandschuhe etc.) warnen zu müssen. Eine Verteilung der Aufträge an diese würde gerade in Ansehung des § 164 des Reichsverfassungsgesetzes die im Kreise vorhandenen Sanitäts- und Drogengeschäfte benachteiligen und deren Protest herausfordern.

Eine gerechte Verteilung der Lieferung der Hebammenutensilien — soweit sie nicht den Apotheken unbedingt vorbehalten bleiben — kann nur dann als geschehen anerkannt werden, wenn neben den Apotheken eines Ortes auch die Sanitäts- und anerkannten Drogen-Geschäfte in den Turnus zur Lieferung eintreten. Nur bei Beobachtung dieses Grundsatzes ist meines Erachtens allen berechtigten Interessen Genüge geschehen.

Eine weitere Frage möchte ich hier kurz streifen: Ist ein Kreis- oder Stadtausschuß berechtigt und zur Entlastung der Steuerzahler nicht sogar verpflichtet, für die an die Hebammen frei gelieferten Desinfektions-Verbandmittel pp. von den Interessenten durch die Hebammen eine Desinfektionsgebühr einziehen zu lassen? Meines Erachtens besteht dieses Recht ganz unbedingt. Wenn auch der Kreisausschuß entschieden die Pflicht hat zur Vorsorge, daß bei den Entbindungen besonders in Bezug auf Desinfektion und Nachbehandlung alles streng nach den Bestimmungen des Hebammenlehrbuches zugeht und deshalb verpflichtet ist, den Hebammen die notwendigen Sachen dazu zu liefern, so hat der Kreisausschuß anderseits auch meines Dafürhaltens das Recht, die dafür aufgewandten Kosten zum Teil oder ganz wieder einzuziehen; denn er ist keineswegs verpflichtet, gutsituierten Leuten durch Gratislieferung der Desinfektionssachen pp. ein Geschenk zu machen. Von Armen werden diese Kosten wie die Entbindungkosten überhaupt durch Vermittelung des Guts- oder Ortsarmenverbandes einzuziehen sein. Hier im Kreise werden z. B. für Entbindung durch die Hebamme 6 M. sogenannte Desinfektionskosten eingezogen, die an die Kreiskommunalkasse abgeführt werden müssen. Das Vorurteil der Bevölkerung gibt sich sehr bald. Anfänglich wird natürlich angenommen, daß die 6 M. lediglich dazu dienen, um die Hebammen, abgesehen von der Entbindungsgebühr, noch zu bereichern; dieser Irrtum ist aber sehr bald aufgeklärt. Die Vorsorge des Kreises muß dann anerkannt werden.

Aus Versammlungen und Vereinen.

Bericht über die Versammlung des Vereins der Medizinalbeamten des Reg.-Bez. Potsdam am 9. April 1921 in Berlin (Rheingold).

Anwesend: Reg.- u. Med.-Rat Dr. Rathmann, sämtliche Kreisärzte des Bezirks (außer Dr. Guttwein-Teltow) und der Kreisassistenzarzt aus Strausberg. Als Gast Geh. Med.-Rat Kreisarzt a. D. Dr. Heynacher.

1. Nachdem der Vorsitzende die Erschienenen begrüßt, erstattete er den **Kassenbericht** des Vereins, der seit 1913 nicht mehr getagt hatte. Als Schriftführer und Kassierer wurde Med.-Rat Dr. Geisseler gewählt. In kurzer Rede wurde des verstorbenen früheren Vorsitzenden, Geh. Med.-Rat Professor Dr. Roth, gedacht und die Entwicklung des Reg.-Bezirks, der seit Entstehung der Stadtgemeinde Groß-Berlin eine wesentliche Aenderung erfahren hat, geschildert. Ausgeschieden sind große Teile der Kreise Nd.-Barnim und Teltow (Med.-Rat Dr. Ocker) und sämtliche Gerichtsärzte.

2. Vereidigung der Kreisärzte.

3. Vortrag des Kreisarztes Dr. Manthey-Belzig: **„Ueber die Fürsorge auf dem Lande“.** Da in dem Vortrag gezeigt wird, daß auch in ländlichen Kreisen mit sehr beschränkten Mitteln mustergültiges geleistet werden kann, wird der Vortrag an anderer Stelle ausführlich veröffentlicht werden.

In der anschließenden lebhaften Diskussion wurde betont, daß es im allgemeinen schwierig sei, geeignete Fürsorgeärzte zu gewinnen, außerdem mache sich der Mangel an Schwestern immer mehr bemerkbar. Es sei auch nicht angängig, die Gemeindeschwestern einfach als Fürsorgeschwestern mit zu beschäftigen. Dem wurde von anderer Seite widersprochen, da es ein Ding der Unmöglichkeit sei, für alle einzelnen Fürsorgebestrebungen verschiedene Schwestern in den ländlichen Gemeinden anzustellen. Irgendwie müßten die Arbeitsfelder zusammengelegt werden. Ganz neu, aber durchaus richtig sei die Forderung, Schwestern für die fortlaufende Desinfektion am Krankenbett anzustellen. Die richtige Durchführung würde auch hier von der Beschaffung des Personals abhängig sein. Sehr wenig befriedigend sei die Versorgung des flachen Landes mit Aerzten und Krankenhäusern.

4. Vortrag des Kreisarztes Dr. David-Rathenow: **„Ueber die wichtigsten Abänderungen im neuen Hebammenlehrbuch.“** Es würde zu weit führen, den äußerst wichtigen Vortrag hier auch nur in ganz verkürztem Referat zu bringen. Er hatte den Zweck die Kollegen für die Nachprüfung der Hebammen auf alle einschneidenden Veränderungen aufmerksam zu machen. Er soll im Original bei allen Kreisärzten des Bezirks umlaufen.

In der Diskussion, die leider wegen der vorgeschrittenen Zeit abgekürzt werden mußte, wurde in erster Linie die Schweigepflicht berührt, die in § 15 der D.-A. eine scharfe Durchbrechung erfährt. Es wurde anheimgestellt, vorkommendenfalls dem Reg.-Präsidenten Bericht zu erstatten. — Schwierigkeiten machen immer wieder die Einberufungen zu den Wiederholungskursen, die Erledigung der Wochenbettbesuche und die Art der Fiebermeldungen. Es steht aber zu erwarten, daß das neue Lehrbuch manchen Zweifel aus dem Wege räumen wird, zumal wenn die Beteiligten sich an die neuen Bestimmungen mehr gewöhnt haben.

Empfehlenswert ist besondere Vorsicht bei Auswahl der Hebammenschülerinnen. Es ist vorgekommen, daß der Direktor der Hebammenlehranstalt die neuen Schülerinnen gleich bei der sog. Aufnahmeprüfung zurückgewiesen hat. Das ist unzulässig. Die von den Kreisen zur Ausbildung überwiesenen Schülerinnen sind auf jeden Fall aufzunehmen und sind erst dann auszumerzen, wenn sich im Laufe der Ausbildung herausstellt, daß sie ungeeignet sind.

5. Zum Schluß wies der Vorsitzende noch darauf hin, daß es auch Pflicht der Kreisärzte sei bei der jetzt neu einsetzenden **hygienischen Volksbelehrung** (Provinzial-Verein für hygienische Volksbelehrung) nach besten Kräften mit

zu helfen und sich für Vorträge und geeignete Artikel in der Presse zur Verfügung zu stellen.

Nach Schluß der Versammlung fand im Rheingold ein gemeinschaftliches Mittagessen mit Damen statt. Dr. Rathmann-Potsdam.

Besprechungen.

Das Gesundheitswesen des Preussischen Staates in den Jahren 1914 bis 1918. Im Auftrage des Herrn Ministers für Volkswohlfahrt bearbeitet in der Medizinal-Abteilung des Ministeriums. Berlin 1921. Verlag von Richard Schoetz. Gr. 8°, 154 S.; Preis: 24 M.

Der soeben erschienene Bericht über das Gesundheitswesen des Preußischen Staates in den Jahren 1914—1918 gibt ein Bild von dem Einfluß des Weltkrieges und der beginnenden staatlichen Umwälzung auf die Gesundheitsverhältnisse. Zwar hat die Einberufung eines großen Teils der Berichterstatter zu den Fahnen und die Ueberlastung der zurückgebliebenen beamteten Aerzte die Gründlichkeit der Berichte beeinträchtigt, vor allem war infolge der Not der Zeit eine ganz erhebliche Einschränkung der bisherigen zahlreichen tabellarischen Nachweise geboten. Gleichwohl gibt der Bericht doch ein anschauliches Bild dieser Zeit und zugleich eine Würdigung der außerordentlichen Leistungen, die zur Abwehr der schweren Gesundheitsgefahren aufgewendet worden sind. Besonders hervorzuheben ist, daß es trotz der erheblichen Bedrohung des Vaterlandes durch die Kriegsseuchen nirgends zu größeren Epidemien gekommen ist, ein beweiskräftiges Zeugnis für die Zweckmäßigkeit der Seuchengesetzgebung und die gute Schulung der Medizinalbeamten.

Die Entwickelung der Ortschafts- und Wohnungshygiene ist natürlich durch den Krieg gehemmt worden. Die Wohnungsverhältnisse ließen viel zu wünschen übrig, im Beginn des Krieges durch die Ueberschwemmung mit Flüchtlingen und die Zerstörungen durch die Russen, später infolge der Einquartierungen und vor allem durch den Stillstand der Bautätigkeit. Ende 1918, als die Kriegsteilnehmer heimkehrten, erreichte die Wohnungsnot ihren Höhepunkt.

Ein besonders ernstes Kapitel bildet die Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten, die durch den Krieg eine verhängnisvolle Ausbreitung gefunden haben. Hier machen sich in erheblichem Maße die Folgen des politischen Umsturzes und der überstürzten Demobilmachung bemerkbar, die leider viele der vorher getroffenen, erfolgversprechenden Abwehrmaßnahmen unausführbar gemacht haben.

Tiefgehenden Einfluß übte ferner der Krieg und die durch die Hungerblockade hervorgerufene Knappheit an den meisten Lebensmitteln auf die Nahrungsmittelhygiene aus. Verfälschungen wurden zahlreich, massenhaft kam recht minderwertige „Ersatzware" auf den Markt. Unvergessen wird der berüchtigte Rübenwinter 1916—1917 bleiben. Besonders einschneidend in die Gesundheitsverhältnisse war der große Mangel an Milch, Butter und Speisefetten; er ist auch der hauptsächlichste Grund für das verheerende Umsichgreifen der Tuberkulose.

Erschreckend war der Geburtenrückgang während des Krieges. Die Zahl der Lebendgeborenen sank von 1166580 im Jahre 1914 auf 604534 im Jahre 1917. Um so größere Sorgfalt wurde deshalb der Säuglings- und Kinderfürsorge gewidmet, die überall durch Staat, Gemeinde und private Vereinigungen mit großer Tatkraft aufgenommen wurde. Diesen Bestrebungen ist es im Verein mit dem durch die Milchknappheit bedingten Stillzwang denn auch zu danken, daß die Neugeborenen mehr als die anderen Bevölkerungsschichten von den Kriegsschädigungen verschont geblieben sind und daß ihre Sterblichkeit, nach geringer Steigerung in den beiden ersten Kriegsjahren, ungefähr auf dem Friedensstande erhalten werden konnte. Sehr nützlich haben in dieser Hinsicht die erweiterte Einführung von Stillprämien, sowie die Einrichtung von Säuglingsheimen und Mutterberatungsstelle gewirkt. Wesentlichen Anteil daran haben die in vielen Städten und Kreisen eingerichteten Wohlfahrtsämter, um deren Einrichtung und Organisation sich die Kreis- und Kommunalärzte besonders verdient gemacht haben.

Schwer in Mitleidenschaft gezogen wurde durch den Krieg das Schulwesen, sowohl durch die Einberufung der Lehrer zum Heeresdienst, als auch durch die wachsende Inanspruchnahme der Schulgebäude für Kasernen und Lazarette, in Ostpreußen ferner durch die Zerstörung von Schulgebäuden beim Russeneinfall. In steigendem Maße standen, namentlich seit der zweiten Hälfte 1916, die Schulkinder unter dem Einfluß ungenügender Ernährung, insbesondere in den Städten. Gesundheitsschädigungen, Stillstand des Wachstums und der Gewichtszunahme, Nachlassen der geistigen Regsamkeit, Arbeitsunlust der Schulkinder waren die Folgen. Zur Steuerung der Not wurden fast überall in den Städten aus öffentlichen und privaten Mitteln Einrichtungen zur Speisung bedürftiger Schulkinder getroffen. Einen erfreulichen Aufschwung nahmen die Bestrebungen zur Unterbringung von Großstadtkindern für längere Zeit auf dem Lande. Ein weiterer Ausbau dieser noch für lange Jahre überaus wichtigen Veranstaltungen muß mit allen Kräften angestrebt werden.

In seiner Gesamtheit ist dieser Bericht ein wichtiges Quellenwerk nicht nur für den Arzt, insbesondere für die Medizinalbeamten, sondern auch für den Volkswirtschaftler, den Historiker, den Politiker und Schulmann.

Tagesnachrichten.

Aus dem Reichstage. Der Reichstag hat am 9. und 10. d. M. über die ihm vorgelegten Ausführungsbestimmungen zum **Besoldungsgesetz** beraten und die darin vorgesehenen allgemeinen Bestimmungen über die Bezüge der planmäßigen Beamten sowie über die Dienstalterszulagen und das Besoldungsdienstalter ohne wesentliche Aenderungen angenommen. Betreffs Anrechnung von außerplanmäßiger Dienstzeit auf das Besoldungsdienstalter wurde von dem Abg. Dr. Höfle (Zentrum) namentlich mit Rücksicht auf die technischen Beamten beantragt, daß die Zeit einer praktischen Beschäftigung, auch wenn sie nicht in behördlichem Dienste erfolgt sei, auf das Besoldungsdienstalter angerechnet werden solle und dieser Antrag von dem Abg. Morath (Deutsche Volkspartei) unterstützt. Von sozialdemokratischer Seite wurde dagegen die Anrechnung jeder Art praktischer Tätigkeit, sei es als Arbeiter, Angestellter oder in sonstiger Stellung verlangt. Dieser Antrag wurde jedoch abgelehnt, dagegen der vom Abg. Höfle gestellte Antrag angenommen. Falls dieser Beschluß im Reiche durchgeführt wird, dann wird dies auch voraussichtlich in den Einzelstaaten geschehen, was namentlich für die Medizinalbeamten von großer Bedeutung sein wird.

Um den **Privatdozenten** ebenso wie früher, wo die Reichsverfassung die Verleihung von Titeln ohne Amt noch nicht verbot, den Titel **Professor** verleihen zu können hat das Preußische Ministerium für Kunst und Wissenschaft[1]) jetzt den Ausweg der sogenannten „gehobenen Privatdozenten" gefunden, denen als „Dienstbezeichnung" der Titel „Nichtbeamtete außerordentliche Professoren" verliehen wird. Diese neue Amtsbezeichnung sollen alle bereits mit dem Prädikat Professor ausgezeichneten Professoren sowie diejenigen erhalten, die mindestens 6 Jahre habilitiert sind und nach ihren Erfolgen in Lehre und Forschung gemäß Gutachten ihrer Fakultät den Anforderungen genügen, da den Inhabern vollwertige Lehrstühle gestellt werden. Ist ihre Habilitation durch Teilnahme am Kriege verzögert, so kann diese Kriegszeit auf die 6 Jahre mit angerechnet werden. Man sieht daraus, daß es immer noch Auswege giebt, das in der Reichsverfassung vorgesehene Titelverbot zu überwinden. Nur das Ministerium für Volkswohlfahrt hat bis jetzt leider noch immer nicht einen solchen Ausweg für die ihm unterstellten Medizinalbeamten gefunden, obwohl es sich hierbei um Beamte handelt, für die eine derartige Titelverleihung nicht einmal verboten ist. Alle bisherigen Eingaben des Preußischen Medizinalbeamtenvereins sind leider bisher vergeblich gewesen und der zeitige Minister scheint vielleicht infolge seiner Ministerpräsidentenschaft sein im Landtage am 27. November v. J.

---

[1]) In Mecklenburg-Schwerin ist in gleicher Weise verfahren.

in dieser Hinsicht abgegebenes Versprechen ganz vergessen zu haben, denn sonst hätte er doch den nach seiner Ansicht für die Kreisärzte „unerträglichen“ Zustand schon längst durch Verleihung des Titels „Medizinalrat“ beseitigen sollen. Wenn er wüßte, welche berechtigte Erbitterung in den Kreisen der Medizinalbeamten über diese unverdiente und verletzende Zurücksetzung herrscht, dann würde er sicherlich schon längst Wandel geschaffen haben. Die Arbeiter hätten in solchem Falle schon längst gestreikt und sicherlich in kurzer Zeit Erfolg erzielt; schließlich wird den Medizinalbeamten auch nichts anderes übrig bleiben als zu diesem probaten Mittel zu greifen, denn einmal muß ihnen doch der Geduldsfaden reißen!

Die im Hauptamte angestellten **Gewerbeärzte** im Deutschen Reiche haben sich zu einer **„Arbeitsgemeinschaft“** zusammengeschlossen um den gewerbeärztlichen Dienst im Reiche nach einheitlichen Richtlinien durchzuführen und die gewerbliche Medizin und Hygiene (Arbeitsgesundheitsschutz) vorzuberaten. Obmann ist der bayrische Landesgewerbearzt Ministerialrat Dr. Koelsch in München, der übrigens eine Berufung in das Reichsarbeitsministerium in eventueller Verbindung mit einem Lehrauftrag für gewerbliche Medizin an der Berliner Universität endgültig abgelehnt hat.

Infolge der Anmerkung in der vorigen Nummer der Zeitschrift, S. 211, über die Bezeichnung **„Medizinalrat“** seitens der Versorgungsärzte (Reg.-Med.-Räte) auf ihren Schildern wird uns vom Kreisarzt Dr. N. in K. mitgeteilt, daß er sich in einem gleichen Falle deshalb bei seinem Regierungspräsidenten beschwert habe, da nach seiner Ansicht die Bezeichnung „Medizinalrat“ nur den Kreisärzten zustehe, denen sie früher verliehen sei. Der Reg.-Präsident hat die Angelegenheit dann nicht an den Minister für Volkswohlfahrt weitergegeben, sondern an das ärztliche Ehrengericht der betreffenden Provinz, das darauf unter dem 14. April d. J. folgenden Bescheid erteilt hat: „Das ärztliche Ehrengericht hat keine Veranlassung gesehen, gegen Dr. P. einzuschreiten, weil er sich in einer Anzeige statt „Regierungsmedizinalrat“ nur „Medizinalrat“ genannt hat. Es läßt sich nicht feststellen, daß bei dieser Titelabkürzung irgend welche unlauteren Motive obgewaltet haben, zumal das große Publikum auch kaum über die Unterschiede in den beiden Titelbezeichnungen unterrichtet sein wird.“ Ob das ordentliche Gericht eine solche Titelabkürzung ebenfalls nicht als unlauteren Wettbewerb ansehen würde, dürfte doch zweifelhaft sein.

Die **zweite diesjährige ärztliche Studienreise** wird in der Zeit vom 15. August bis 3. September stattfinden und Deutsch-Oesterreich, Salzkammergut, Steiermark, Tirol zum Ziel haben. Ausgangs- und Endpunkt der Reise ist München. Besucht werden Salzburg, Gmünden, Ischl, Aussee, Halstatt, Berchtesgaden, Kirchenhall, Gastein, Zelt am See, Igls, Innsbruck. Der Preis wird einschließlich Bahnfahrten, Unterkunft und Verpflegung etwa 1100 Mk. betragen. Anfragen und Meldungen sind zu richten an das Deutsche Zentralkomitee für ärztliche Studienreisen, Berlin W 9, Potsdamerstraße 134b.

Die diesjährige Tagung der deutschen Gesellschaft für gerichtliche und soziale Medizin wird vom Montag, den 5. bis Mittwoch, den 8. September in Erlangen stattfinden, also kurz zuvor und anschließend an die in Nürnberg tagende Versammlung des Deutschen Medizinalbeamtenvereins, sodaß es möglich sein wird, ohne erheblichen Zeitverlust und Schwierigkeiten beide Versammlungen zu besuchen. Der Vorstand ladet hiermit alle auf dem Gebiete der gerichtlichen und sozialen, insbesondere der versicherungsrechtlichen Medizin tätigen Kollegen zur Mitwirkung und regen Teilnahme an den Arbeiten der Deutschen Gesellschaft für gerichtliche und soziale Medizin ein.

Vorträge und Demonstrationen sind bei dem Schriftführer Prof. Dr. Karl Reuter, Hamburg, Hafenkrankenhaus, anzumelden.

Der Deutsche Verein für Volkshygiene wurde 1900 begründet, hat seinen Sitz in Berlin-Steglitz, Viktoriastr. 4 (Geschäftsstelle) und steht mit Ortsgruppen und angeschlossenen Vereinen in 35 deutschen Städten in Verbindung. Seine Ziele sind die Erhaltung und Hebung der Volksgesundheit vornehmlich durch persönliche und häusliche Gesundheitspflege jedes Einzelnen an sich selbst und seitens seiner Familienangehörigen. Der Verein bezweckt also eine Ergänzung der öffentlichen Gesundheitspflege.

Diese Ziele sucht er zu erreichen a) theorethisch mittelst planmäßiger Belehrung und Aufklärung durch Herausgabe einer Zeitschrift der „Blätter für Volksge-sundheitspflege“, von Veröffentlichungen, Belehrungsschriften, Merkblättern und durch kostenlose Vorträge, b) durch verschiedene praktische hygienische Maßnahmen je nach örtlichen Bedürfnissen.

Die Mitgliedschaft wird erworben durch Anmeldung bei der Geschäftsstelle (s. oben) und Einsendung des Jahresbeitrages von Mk. 12 an diese. Auf Wunsch schickt die Geschäftsstelle Zahlkarte. Für den Jahresbeitrag erfolgt die kostenlose Uebersendung der 10 mal im Jahre erscheinenden „Blätter für Volksgesundheitspflege“, so daß die Mitglieder ihren Beitrag in Form der Zeitschrift wieder zurück vergütet erhalten. Die Zeitschrift genießt seit 21 Jahren den Ruf, durch ihre interessanten belehrenden Aufsätze aus dem großen Gebiete der Hygiene viel zur Aufklärung der Leser inbetreff gesundheitsgemäßer Lebensweise und zur Verhütung von Krankheiten beigetragen zu haben. (Ratschläge über Krankenbehandlung sind ausgeschlossen.)

Die Gesundheit unseres durch Krieg, Verträge und Revolution zermürbten Volkes ist unser letztes Gut: Dieses gerade in jetziger schwerer Zeit möglichst zu erhalten ist die wichtigste Aufgabe, an deren Lösung jeder nach seinen Kräften sich beteiligen soll. Die Erwerbung der Mitgliedschaft des Vereins kann daher nur warm befürwortet werden.

Das Deutsche Zentral-Komitee zur Bekämpfung der Tuberkulose beabsichtigt den **Bericht über die Verhandlungen des vom 19. bis 21. Mai in Bad Elster abgehaltenen Deutschen Tuberkulose-Kongreß** gedruckt herauszugeben. Die Vorträge werden ausführlich, die Erörterung in gekürzter Form (nach Selbstberichten der Vortragenden) gebracht werden. Der Umfang des Berichtes ist auf 15—20 Druckbogen veranschlagt; der Preis wird sich bei der Herstellung von 500 Stück auf etwa 30 Mark, bei 1000 Stück auf etwa 20 Mark stellen. Die Vorträge geben für viele Einzelfragen der Tuberkulosebekämpfung und -Behandlung einen Ueberblick über den gegenwärtigen Stand der Forschung und Erfahrung. Der Kongreßbericht dürfte sich deshalb zur Anschaffung für Aerzte und für alle in der sozialen Arbeit tätigen Stellen empfehlen. Bestellungen werden bis zum 20. Juni 1921 an die Geschäftsstelle Berlin W 9, Königin Augustastraße 7 erbeten.

Um Mißverständnissen vorzubeugen, macht das Deutsche Zentralkomitee zur Bekämpftng der Tuberkulose bezüglich des von Herrn Geh. San.-Rat Prof. Dr. Pannwitz nach Innsbruck einberufenen **Internationalen Tuberkulose-Kongresses** folgende auf eine Beschlußfassung der Generalversammlung am 20. Mai in Bad Elster sich stützende Mitteilung: Nach der Ansicht der Berliner Mitglieder der früheren Verwaltungskommission ist die Internationale Vereinigung gegen die Tuberkulose als aufgelöst zu betrachten; entsprechende Benachrichtigung ist allen auswärtigen Gesellschaften und den deutschen Mitgliedern der Internationalen Vereinigung übersandt worden. Eine Beteiligung an der von Geh. Rat Dr. Pannwitz geplanten Veranstaltung ist deshalb für das Deutsche Zentralkomitee unmöglich.

Verantwortlich für die Schriftleitung: Prof. Dr. Rapmund, Geh. Med.-Rat in Lippspringe.

Druck von J. C. C. Bruns, Minden i. W.

34. Jahrg. Nr. 13 — 5. Juli 1921

ZEITSCHRIFT FÜR MEDIZINALBEAMTE

Zentralblatt

für das gesamte Gebiet der gerichtlichen Medizin und Psychiatrie, des staatlichen und privaten Versicherungswesens, sowie für das Medizinal- und öffentliche Gesundheitswesen, einschl. der praktischen und sozialen Hygiene.

Herausgegeben von

Prof. Dr. Otto Rapmund

Geh. Med.-Rat in Bad Lippspringe.

Offizielles Organ des Deutschen, Preussischen, Bayerischen, Sächsischen, Württembergischen, Badischen, Hessischen, Mecklenburgischen, Thüringischen und Braunschweigischen Medizinalbeamtenvereins.

Eine Beilage: Rechtsprechung und Medizinalgesetzgebung

Bezugspreis für das Jahr: 30 M. durch die Post bezogen: 32 M.

VERLAG VON FISCHER'S MEDIZ. BUCHHANDLUNG H. KORNFELD,
Berlin W. 62, Keithstraße 5.

INHALT.

Geschäftsstelle und Versand für die Mitglieder des Medizinalbeamtenvereins durch J. C. C. BRUNS, Buchdruckerei, MINDEN i. WESTF.

Alleinige Anzeigen-Annahme und verantwortlich für den Anzeigenteil HANS PUSCH, BERLIN SW. 48, Wilhelmstraße 28.

Personalien.

Deutsches Reich und Preussen.

Auszeichnungen: Verliehen: Die Rote Kreuz-Medaille II. Kl.: dem Kreisarzt Dr. Skultetus in Ranis, Kreis Ziegenrück.

Ernannt: Reg.-Med.-Rat Dr. Rautenberg zum Assistenten bei dem Medizinaluntersuchungsamt in Gumbinnen, Dr. Hans Schmitt zum Assi-

stenten bei dem Medizinaluntersuchungsamt in Düsseldorf, Reg.-Arzt Dr. Zschucke zum Assistenten bei dem Medizinaluntersuchungsamt in Koblenz, Reg.-Arzt Dr Georg Meier zum Leiter der Typhusuntersuchungsanstalt in Halle a. Saale und Med.-Rat Dr. Trommsdorff zum Assistenten beim Medizinaluntersuchungsamt in Magdeburg, Dr. H. Kempa in Tapiau zum Kreisassistenzarzt in Königsberg (Land), Stadtassistenzarzt Dr. Gronemann in Düsseldorf zum Kreisassistenzarzt und kommissar. Kreisarzt in Marggrabowa.

Uebertragen: dem Privatdozenten Prof. Dr. W. Rosenthal, Kreisassistenzarzt in Göttingen ein Lehrauftrag für soziale Hygiene.

Bestellt: Dr. G. Lüdicke in Stettin zum Assistenten bei dem Medizinaluntersuchungsamt und Assistenten bei der Impfanstalt in Stettin.

Versetzt: Geh. Med.-Rat Prof. Dr. Wollenweber in Marburg nach Breslau.

Gestorben: Generalstabsarzt a. D. Prof. Dr. v. Schjerning in Berlin.

Bayern.

Gestorben: Dr. Dollmann, Landgerichtsarzt in Regensburg.

Baden.

Ernannt: Prof. Dr. Holtzmann, Landesgewerbearzt in Karlsruhe zum Mitglied des Landesgesundheitsrats für die Jahre 1921—1924.

Versetzt: Bezirksarzt Dr. Barth in Staufen nach Villingen.

Erledigte Stellen.

Preussen.

Zu besetzen zum 1. Oktober 1921 die **vollbesoldeten Kreisarztstellen** in **Perleberg** und **Freienwalde**, Reg.-Bez. Potsdam, und **Hamm**, Reg.-Bez. Arnsberg, sowie die **nicht vollbesoldeten Kreisarztstellen** in **Borken**, Reg.-Bez. Münster, und **Ortelsburg**, Reg.-Bez. Allenstein. Bewerbungen sind bis zum 1. August 1921 an das Ministerium für Volkswohlfahrt in Berlin W 66, Leipziger Str. 3 durch Vermittlung des für den Wohnort des Bewerbers zuständigen Herrn Regierungspräsidenten (in Berlin des Herrn Polizeipräsidenten) einzureichen.

Sonstige Familiennachrichten befinden sich auf der sechsten Anzeigenseite.

34. Jahrg. **Zeitschrift** 1921.

für

MEDIZINALBEAMTE

Zentralblatt

für das gesamte Gebiet der gerichtlichen Medizin und Psychiatrie, des staatlichen u. privaten Versicherungswesens, sowie für das Medizinal- u. öffentliche Gesundheitswesen, einschl. der prakt. u. sozialen Hygiene

Herausgegeben
von
Prof. Dr. Otto Rapmund
Geh. Med.-Rat in Bad Lippspringe.

Offizielles Organ d. Deutschen, Preußischen, Bayerischen, Sächsischen, Württembergischen, Badischen, Hessischen, Mecklenburgischen, Thüringischen u. Braunschweigischen Medizinalbeamtenvereins

Verlag von Fischer's med. Buchhandlung H. Kornfeld
Herzogl. Bayer. Hof- u. K. u. K. Kammer-Buchhändler
Berlin W. 62, Keithstrasse 5

Nr. 13. | Erscheint am 5. und 20. jeden Monats | 5. Juli.

Ueber Fürsorge im allgemeinen und über Tuberkulosefürsorge im besonderen.

(Aus einem kleinen Kreise.)

Von Kreisarzt Dr. Boege in Ueckermünde.

Als ich im Februar 1913 mein Amt im Kreise Ueckermünde antrat, fand ich gleichsam als Vermächtnis meines Vorgängers[1]) eine für den Kreisausschuß bestimmte kleine Denkschrift vor, die die Gründung eines Tuberkulosefürsorgevereins vorbereiten sollte. Dank der kräftigen Unterstützung durch den Landrat[2]), der für die gute Sache Kreismittel in für damalige Verhältnisse reichlichem Ausmaße (jährlich 1500 M.) flüssig machte, war es mir leicht, den Tuberkulosefürsorgeverein ins Leben zu rufen. Bescheiden fingen wir an: Ein Fürsorgearzt hielt abwechselnd an zwei Orten Sprechstunde ab; eine ehrenamtliche Fürsorgeschwester unterstützte ihn und machte Hausbesuche; der Fürsorgearzt und ich hielten an verschiedenen Orten Filmvorträge, in die Kreiszeitung brachte ich wiederholt kleine Beiträge. Kurz, die Sache machte sich, und ermutigt

[1]) Dr. Gundlach, z Z. Bielefeld. [2]) v. Heyden.

von dem Erfolge traten der Landrat und ich 1914 dem Plane ernstlich näher, auch die Säuglingsfürsorge im Kreise aufzunehmen. Da kam der Krieg.

Als ich meine Tätigkeit als Kreisarzt im Juli 1920 nach fast sechsjähriger Abwesenheit wieder aufnahm, fand ich eine großzügige Organisation vor: Ein Kreiswohlfahrtsamt mit einem Obersekretär und mehreren Angestellten, drei hauptamtlich angestellte Fürsorgeschwestern, drei Tuberkulosefürsorgestellen (von den übrigen Zweigen der Wohlfahrtspflege, der Säuglingsfürsorge, der Mütterberatung usw. sei diesmal nicht gesprochen). Natürlich war meine Freude groß, nur hegte ich im stillen die Befürchtung, das bescheidene, im Jahre 1913 gepflanzte Reis möchte sich zu schnell und zu üppig entwickelt haben, um noch ein gesunder, kräftiger und leistungsfähiger Organismus zu sein. Meine Befürchtung erwies sich leider nur zu richtig. Eine geil ins Kraut geschossene Treibhauspflanze, gewärmt von dem sozialen Empfinden aller Parteien und infolgedessen auch der Regierung, fürchtete ich zu finden; aber es war nicht einmal das, ich möchte fast sagen, ich hätte nur das Spalier vorgefunden, an dem sich die Pflanze Wohlfahrtspflege hochranken sollte. Mit erstaunlicher Geschwindigkeit hatte man sofort so ziemlich alles in Angriff genommen, was auf dem weiten Gebiete der sozialen Hygiene der Besserung und Abhilfe bedarf. Was sich im Laufe von Jahren Stein um Stein zu einem stattlichen festgegründeten Bau hätte entwickeln sollen, müßte überhastet in wenigen Monaten fertig dastehen. Anstatt, daß man ein Sondergebiet der Fürsorge nach dem anderen ausgebaut hätte, erst dem Personal und der Bevölkerung Zeit gelassen hätte, sich in die neuen Ideen, in die neuen Ziele, Zwecke und Methoden einzuarbeiten, wurde alles auf einmal begonnen. Ueber die Notwendigkeit der Fürsorge kann ja gar kein Zweifel bestehen. Der gute Wille ist zweifellos allerseits auch da. Allein, was fehlt, sind die Geldmittel. Es wird ermittelt, untersucht und beraten, aber sobald es sich darum handelt, nun auch einmal Positives zu leisten, z. B. Kranke, für die nicht die Landesversicherungsanstalt sorgt, in eine Heilstätte oder ein Erholungsheim zu schicken, Kinder an der See, Säuglinge in einem Heim unterzubringen, Geschlechtskranke zu behandeln, pflegt die Einrichtung bald zu versagen, weil die bescheidenen Mittel gar zu schnell erschöpft sind[1]). Anderwärts dürfte es nicht viel anders sein. So schreibt E. Altersloh[2]) aus holsteinischen Kreisen, daß von durchschnittlich 100 bis 250000 M. Gesamtkosten nach Abzug der persönlichen und sachlichen Kosten nur 45%, in einigen Kreisen sogar nur 33% und 20% für praktische Fürsorge übrig blieben. Trotzdem

---

[1]) Mein hartes Urteil soll zunächst nur für die Tuberkulosefürsorge gelten, wird aber, fürchte ich, auch für die schulärztliche Tätigkeit, die wir noch nicht haben, gelten müssen. Bei der Mütterberatung, Säuglings- und Krüppelfürsorge liegen die Dinge, wie ich noch ausführe, anders.

[2]) In der Zeitschrift „Land" vom 1. Dezember 1920.

Kreisausschuß und Kreistag anerkennenswert gebefreudig sind, reichen die Mittel bei den hohen Preisen nicht weit. Die vorhandenen Mittel an rechter Stelle und auf rechte Weise zu verwenden, ist daher des Sozialhygienikers erste Pflicht.

Am 1. Oktober 1920 wurde ich nebenamtlich Kreiskommunalarzt und damit Leiter der Gesundheitsabteilung des Kreiswohlfahrtsamts. Es war nicht schwer, vom Kreistage die Bestellung zu erreichen; jedoch muß bemerkt werden, daß sowohl im Kreisausschuß, wie im Kreistage eine starke Strömung auf Anstellung eines Kreiskommunalarztes im Hauptamt hinzielte. Man dachte sich, daß dieser hauptamtliche Kreiskommunalarzt nicht nur wie ich die Leitung der Gesundheitsabteilung des Wohlfahrtsamtes und die Krüppelfürsorge, sondern außerdem noch die praktische Fürsorge im ganzen Kreise übernehmen sollte. Wie er in dem Kreise, der zwar nur 56 000 Einwohner hat, aber sehr schwer zu bereisen ist, im Monat 9 Sprechstunden für Tuberkulöse, 20 Sprechstunden für Säuglinge und Mütter, 1 Sprechstunde für Krüppel abhalten soll, daneben in jedem Halbjahr die Kinder von 64 Schulen untersuchen und endlich noch sämtliche unbemittelten Nichtkassenpatienten behandeln, d. h. der Armenarzt des ganzen Kreises sein soll, ist mir freilich unverständlich.

Mit meiner Bestellung zum Kreiskommunalarzt übernahm ich nun aber auch die Verantwortung für die sozialhygienischen Einrichtungen des Kreises. Der Kreiskommunalarzt hat in der Hauptsache die Tuberkulosefürsorge, die Säuglingsfürsorge, die Mütterberatung und die Krüppelfürsorge zu beaufsichtigen und ihren Ausbau durch Anregung und Rat zu fördern. Die ausübende Fürsorge liegt ihm dagegen, abgesehen von der Krüppelfürsorge, nicht ob.

Der am pommerschen Haff gelegene Kreis Ueckermünde umfaßt das Ueckertal mit viel Industrie, etwas Landwirtschaft und reichlich Wald und ein abseits gelegenes großes dünn bevölkertes reines Waldgebiet. Im Ueckertal liegen neben einer großen Menge kleiner Dörfer die drei großen Gemeinden Ueckermünde, Torgelow und Pasewalk, die untereinander gute Bahnverbindung haben. Das Waldgebiet birgt neben wenigen kleinen Dörfern die beiden Vororte Neuwarp und Ziegenort. Ziegenort ist von Ueckermünde in Luftlinie 35 km entfernt, mit der Eisenbahn jedoch nur auf einem Umwege von 110 km mit dreimaligem Zugwechsel zu erreichen. Nach Neuwarp sind es über Land 20 km, mit der Eisenbahn fährt man 120 km und wechselt dreimal den Zug. — Bisher war nun je eine Fürsorgestelle in Ueckermünde, Torgelow und Pasewalk, jede mit einer Fürsorgeschwester besetzt. Für jeden dieser Orte war ein ortsansässiger Arzt als Tuberkulosefürsorgearzt bestellt. Der Ueckermünder Arzt hielt jede Woche, der Torgelower und der Pasewalker hielten alle zwei Wochen eine Sprechstunde ab. Der Kreiszipfel Neuwarp-Ziegenort war bisher in bezug auf Tuberkulosefürsorge leer ausgegangen.

Auf die Organisation der anderen Gebiete der sozialen Fürsorge gehe ich nicht näher ein. Nur soviel sei gesagt, daß die Säuglingsfürsorge und die Mütterberatung der Erfüllung ihrer Aufgaben viel näher gekommen sind, als die Tuberkulosefürsorge. Das hat seinen doppelten Grund, einmal in der Kostenfrage und zweitens in dem Verhalten der praktischen Aerzte zur Fürsorge. — Den gesunden Müttern und gesunden Säuglingen ist mit einer — nicht teuren — Beratung gedient, hier genügt im allgemeinen die Belehrung über richtige Ernährung und, falls es sich um kranke Säuglinge oder Mütter handelt, die Aufklärung über die Notwendigkeit ärztlicher Behandlung. Das regelmäßige Wägen der Kinder, ihre öffentliche Kontrolle, regt die Mütter zur Sorgsamkeit an und weckt ihren Ehrgeiz. — Bei Krüppeln genügt die Untersuchung und Beratung gleichfalls; hat die Untersuchung die Notwendigkeit einer Behandlung ergeben, so setzt uns das Gesetz auch in den Stand, die Behandlung auf private oder öffentliche Kosten zu erzwingen. Bei Krüppeln könnten wir das Wohlwollen der praktischen Aerzte ganz entbehren; denn die Aerzte sind gesetzlich zur Anzeige verpflichtet, zudem wissen sie, daß die Krüppel doch nicht in ihrer Behandlung bleiben würden, daß die Fürsorge also keineswegs Konkurrenz bedeutet. Aber auch für die Säuglingspflege und die Mütterberatung ist das Wohlwollen der praktischen Aerzte[1]) nicht so unbedingt nötig wie bei der Tuberkulosefürsorge. Es sollen ja gar nicht die kranken Kinder in Fürsorge genommen werden, sondern alle vom Standesamt gemeldeten Säuglinge, d. h. also Kinder, die an sich dem Arzt gar nicht bekannt geworden wären, nur dann, wenn sie mangels sachgemäßer Beratung in gesunden Tagen endlich krank geworden. Wenn die Aerzte trotzdem klagen, seitdem die Säuglingsfürsorge bestünde, sähen sie gar keine kranken Säuglinge mehr in ihrer Sprechstunde, so stellen sie damit der Fürsorge ein großes Lob aus. Die Säuglingsfürsorge behandelt keine kranken Kinder, dessen habe ich mich sehr oft überzeugt; sie will nur verhüten, daß die Kinder krank werden, denn Fürsorgen heißt Vorsorgen. Wenn also keine kranken Kinder mehr in die Sprechstunde der Aerzte kommen sollten, dann wäre das m. E. ein einwandfreier Beweis dafür, daß die Vorsorge der Säuglingsfürsorge ihre Aufgabe tatsächlich erfüllt.

Bei der Tuberkulosefürsorge liegt nun all dieses ganz anders. Erstens ist in der Tuberkulosefürsorge mit der Beratung allein nicht viel geholfen — und darum ist Tuberkulosefürsorge sehr teuer, besonders dann, wenn sie auch die Heilung des Kranken mitumfassen soll. Sie hat ja eine doppelte Aufgabe, einmal vorzubeugen, d. h. die Ansteckung durch Absonderung des Kranken, durch Desinfektion seiner Abgänge,

[1]) Von den 16 praktischen Aerzten des Kreises sind übrigens 8 in der Säuglingsfürsorge tätig.

durch seine und der gesunden Umwelt Aufklärung und Belehrung zu verhüten, also Vorsorge im engeren Sinne. Das ist verhältnismäßig billig. Sobald man aber dem Kranken oder Krankheitsverdächtigen selbst helfen will — und das muß schließlich das Endziel der Fürsorge sein — sei es durch Hergabe von Heilmitteln, Mietbeihilfen, aber besonders durch Wohnungsbau und Heilstättenbehandlung, dann sind die Mittel ungeheuer. Und zweitens: ohne die Unterstützung der behandelnden Aerzte bleibt, wenigstens solange wir keine gesetzliche Anzeigepflicht für Tuberkulose haben, jede Tuberkulosefürsorge Stückwerk; denn sie kann ja nur da vorbeugen, wo sie die Tuberkulösen kennt. Werden die Tuberkulösen nicht vom behandelnden Arzt geschickt, so lernt sie die Fürsorge nur selten kennen, und bei denen, die da glauben, tuberkulös zu sein und darum eine Untersuchung wünschen, kommt die Fürsorge — wenigstens die auf Hammer und Hörrohr angewiesene kleine Fürsorgestelle — höchst selten zu einer einwandfreien Diagnose. Ich habe es selbst bei der wiederholten Vertretung eines Fürsorgearztes gesehen und erlebe es täglich bei der Prüfung der Lebensmittelzeugnisse. So oft ich Lungenkatarrh und Lungenspitzenkatarrh und Verdacht auf Tuberkulose oder gar Verdacht auf Lungenspitzenkatarrh lese, so selten sehe ich die Diagnose Lungentuberkulose.

Aus allem hat sich mir zur Gewißheit ergeben, daß es verkehrt ist, auf dem bisherigen Wege zu beharren, solange nicht die erforderlichen Hunderttausende zur Verfügung stehen. Zu meiner Freude sind die Aerzte des Kreises, insbesondere die Fürsorgeärzte selbst meiner Ansicht beigetreten. Der Entschluß, meine Ansicht öffentlich vor dem Kreisausschuß zu vertreten, ist mir nicht leicht gefallen; ich war es aber schließlich mir selbst und der Sache schuldig, mein abschließendes Urteil über die bisherigen Erfolge der Tuberkulosefürsorge bekannt zu geben. Im Kreisausschuß bin ich auf starken Widerspruch, aber noch mehr auf Mißverständnisse getroffen, man glaubte z. B., ich wollte die Diagnose künftig nicht mehr durch den Arzt, sondern durch die Fürsorgeschwester stellen lassen. Sicher bin ich in den Geruch gekommen, nicht sozial zu denken. Nun, dieser Vorwurf drückt mich nicht sehr. Ich habe mich in sozialer Fürsorge schon zu einer Zeit betätigt, wo die Mittel dazu wohl dagewesen wären, aber nicht bewilligt wurden; nicht erst jetzt damit angefangen, wo die Mittel zwar nicht da sind, aber bewilligt werden. Ich bin sehr für soziale Fürsorge, aber für positive Arbeit und nicht nur dafür in der Oeffentlichkeit den Eindruck zu machen, daß etwas geschieht. Vom Hervorzaubern Potemkinscher Dörfer möchte ich nicht sprechen; die Kreisausschußglieder z. B, die gegen mich waren, haben sicher den ehrlichen W i l l e n, etwas Positives zu leisten und g l a u b e n auch Positives zu leisten. Aber wer mit kritischem Blick in der Fürsorge steckt, muß über deren Erfolge anders urteilen. Wenn die Natur ein neues Wesen zeugt, so läßt sie es klein.

aber in sich vollkommen sein Dasein beginnen, und dann langsam organisch wachsen. Wir sollten uns davor hüten, es anders zu machen, d. h. ein ausgewachsenes Gerippe, doch ohne Muskeln und Eingeweide in die Welt zu setzen, unfähig, aus eigener Kraft zu wachsen und wegen Mangels an Nahrungsmitteln zu frühem Verkümmern bestimmt.

In letzter Zeit mehren sich die Stimmen für eine Aenderung im Arbeitsprogramm der Tuberkulosefürsorgestellen. Ich denke an manche Veröffentlichung in dem trefflichen „Tuberkulosefürsorgeblatt". Meistens werden die Verhältnisse in Groß- oder doch Mittelstädten den Erörterungen zu Grunde gelegt. Ein Beitrag aus einem Landkreise seien die folgenden Leitsätze, die ich dem Kreisausschuß vorgelegt habe. Vielleicht treffen sie bei dem einen oder andern Kreisarzte, der die Entwicklung der Tuberkulosefürsorge in seinem Kreise mit Besorgnis verfolgt, auf ähnliche Gedankengänge.

I. Was will die Tuberkulosefürsorge? Sie will

1. alle Tuberkulosen erfassen,

2. Tuberkulose diagnostizieren, d. h. dem Hausarzte mit ihrem größeren Rüstzeug aushelfen und da, wo der Kranke mittellos ist, den Hausarzt ersetzen,

3. den unbemittelten Kranken wirtschaftlich unterstützen,

4. und das ist ihre wesentlichste Aufgabe, der Weiterverbreitung der Tuberkulose vorbeugen, indem sie den Kranken in seiner Wohnung aufsucht und ihn und seine Angehörigen Hygiene lehrt.

II. Ist die Fürsorge diesen vier Aufgaben bisher gerecht geworden? Die Antwort muß leider „Nein" lauten.

1. Es kommen wohl sehr viele Leute in die Sprechstunde des Fürsorgearztes, doch nur wenige darunter sind wirklich tuberkulös. Die meisten Tuberkulösen, unter ihnen gerade die offenen, die eine ständige Gefahr für ihre Umgebung sind und die die Seuche am meisten verbreiten, bleiben in der Behandlung ihrer Haus- und Kassenärzte.

2. In der Erkennung kann sie nicht mehr leisten als der praktische Arzt, sie leistet weniger. Ihr stehen nämlich nur Hörrohr und Klopfhammer zur Verfügung. Aber während der prakt. Arzt seinen Kranken täglich untersuchen kann, kann der Fürsorgearzt ihn höchstens jede Woche einmal sehen. Ein Mikroskop hat der Fürsorgearzt nicht; er schickt also allenfalls den Auswurf ein. Das kann aber auch der Arzt, der kein Mikroskop besitzt. Diagnostische Tuberkulinimpfungen kann der prakt. Arzt machen, wenn er und der Kranke wollen. Die Fürsorge kann sie nicht einmal machen, wenn sie will; denn den Kranken, den er impft, muß der Arzt selbst täglich mindestens einmal sehen, womöglich in der Wohnung. Ein Röntgenapparat steht dem Fürsorgearzt ebenfalls nicht zur Verfügung, und wenn er ihn hätte, würde er nicht die genügende Erfahrung haben, die Röntgenplatte zu deuten.

3. Ihrer Aufgabe, den Kranken wirtschaftlich zu helfen, ist die Fürsorge einigermaßen nachgekommen.

Der 4. Aufgabe, den Kranken in der Wohnung aufzusuchen, ist die Fürsorge wiederum sehr unvollkommen nachgekommen. Einmal, weil sie, wie gesagt, nur einen kleinen Teil der Tuberkulosekranken kennt und dann, weil die Fürsorgeschwestern so mit allerlei Arbeit überhäuft sind, daß sie nicht einmal bei den wenigen bekannten Tuberkulösen genügend Hausbesuche machen können.

III. Warum ist die Fürsorge ihren Aufgaben nicht gerecht geworden? Neben dem soeben Gesagten ist der wichtigste Grund in dem Mißtrauen, in dem passiven und aktiven Widerstande der Aerzte zu suchen. Heute, wo „Verdienen" groß geschrieben wird und wohl auch werden muß, sieht der Arzt mehr denn früher mit dem Kranken, den er zur Tuberkulosesprechstunde schickt, auch einen zahlenden Kunden aus seinen Sprechstunden verschwinden. Wenn auch immer wieder betont wird, „die Fürsorge behandelt nicht, sie berät

nur", der Kranke, der ärztlich beraten wird, hat oft eine Behandlung nicht mehr nötig. Der prakt. Arzt wird oft auch gar keinen Grund sehen, seinen Kranken dem Tuberkulosefürsorgearzt zuzuweisen, denn er weiß ja, daß er selbst ebensoviel leisten kann, wie der Fürsorgearzt.

Gegen die Unterstützung der Kranken durch die Fürsorge und gegen die Wohnungskontrolle wird der billig denkende Arzt nichts einzuwenden haben. Sein Mißtrauen und seine Ablehnung wenden sich nicht gegen die Fürsorge an sich, sondern gegen den Fürsorgearzt. Aber weil bei dem jetzigen System die Beratung durch den Fürsorgearzt ein ständiger Teil der Fürsorge ist, wenden sich Mißtrauen und Ablehnung gegen die Fürsorge insgesamt.

IV. Was kann die Fürsorge in einem ländlichen Kreise überhaupt erreichen? Ist eine ärztliche Beratung erforderlich?

1. Lassen wir die ärztliche Beratung aus der Fürsorge heraus, so dürfen wir eher mit der Unterstützung der Aerzteschaft rechnen und können mit einer gewissen Zuversicht der Hoffnung leben, wirklich alle Tuberkulösen zu erfassen und damit die erste Aufgabe zu lösen.

Auf den 2. Punkt, die Erkennung der Tuberkulose, verzichten wir am besten ganz. Die meisten Tuberkulösen stehen in ärztlicher Behandlung; den wenigen Mittellosen, bei denen die Fürsorge eine ärztliche Untersuchung für erforderlich hält, wäre ein Gutschein auszustellen, der zu einmaliger Untersuchung durch den Arzt des Vertrauens berechtigt.

Der 3. und 4. Aufgabe kann die Fürsorge auch ohne ärztliche Sprechstunde gerecht werden, besonders dann, wenn die Mittel des Etats für Betten, Decken, Kuren, Wohnungsbeihilfen erhöht werden, wenn die Fürsorgeschwestern von Nebenarbeit entlastet werden und wenn eine neue Fürsorgeschwester angestellt wird.

V. Wenn ich nun auch die wöchentliche ärztliche Sprechstunde — wenigstens zurzeit und für den Ueckermünder Kreis — für überflüssig und zwecklos halte, so will ich damit den Arzt aus der Fürsorge keineswegs ausschalten. Nur der Arzt ist imstande, die Wünsche und Bedürfnisse der Kranken, die Berechtigung von Heilanträgen, die zweckmäßige Verteilung von Beihilfen sachgemäß zu beurteilen. Nur braucht er darum nicht wöchentlich Sprechstunde abzuhalten und braucht die Ratsuchenden nicht mit Hörrohr und Klopfhammer zu untersuchen. Ich würde es für das Beste halten, wenn der Kreiskommunalarzt diese Tätigkeit der Fürsorge in dem ganzen Kreise übernähme.

VI. Da nun aber der Kreiskommunalarzt nicht den tätigen Anteil an den Kranken nehmen kann wie bisher die Fürsorgeärzte, so muß als Ersatz dafür die Fürsorgeschwester da, wo ein behandelnder Arzt vorhanden ist, mit diesem Hand in Hand arbeiten. Da wir nicht erwarten und verlangen können, daß der behandelnde Arzt uns aufsucht, so müssen wir ihn aufsuchen. Das heißt die Fürsorgeschwester muß zunächst zu dem Arzt gehen, muß ihm mitteilen, daß sie seinen Kranken in Fürsorge nehmen will, und ihn fragen, ob er besondere Aufträge für sie habe. Sie muß dann den Kranken in der Wohnung aufsuchen, und endlich wiederum zum Arzt gehen, ihm über ihre Ermittelungen berichten, ihm mitteilen, was die Fürsorge für den Kranken tun könne und tun wolle, und ihn um weitere Aufträge bitten.

VII. So geht mein Vorschlag in der Hauptsache dahin: Weg mit der ärztlichen Untersuchung und Beratung, mehr Fürsorgeschwestern einstellen, mehr Hausbesuche der Schwestern und Zusammenarbeiten der Schwestern mit den behandelnden Aerzten.

Wir müssen uns darüber klar sein, daß diese Vorschläge ein Abstoppen bedeuten. Erstrebenswert bleiben unter allen Umständen Fürsorgestellen, die nicht nur beraten, sondern auch untersuchen und sogar behandeln. Allein, solange die gewaltigen Mittel zu diesem Ausbau nicht vorhanden sind, müssen wir uns auf das wenige beschränken, das bereits geleistet werden kann. Sonst wird uns der Vorwurf nicht erspart bleiben, die Fürsorge sei nur dazu da, ut aliquid fiat.

Immunität nach Scharlach.

Von Ob.-Med.-Rat Dr. Schlaeger, Landesarzt in Oldenburg.

Die Immunität nach überstandenem Scharlach pflegen wir als etwas ganz Feststehendes hinzunehmen. Kein Arzt würde Bedenken tragen, Kinder, die Scharlach bereits früher überstanden haben, von einem Scharlachkranken zu trennen, ihre Kleider zu desinfizieren und dann mit einer Bescheinigung zur Schule zu schicken, daß Ansteckungsgefahr nicht vorliegt. Ich selbst ging in dem festen Glauben an die erworbene Immunität so weit, daß ich bei angeblich zweimal überstandenem Scharlach die eine Diagnose für eine Fehldiagnose zu halten geneigt war. Strümpell sagt in seiner speziellen Pathologie und Therapie:

„Mit sehr seltenen Ausnahmen befällt die Krankheit den Menschen nur einmal, so daß also nach dem Ueberstehen der Krankheit meist eine Immunität des Körpers gegen das Scharlachkontagium zurückbleibt. Einzelne Ausnahmen von dieser Regel kommen freilich, wie gesagt, vor."

Eine ähnliche, aber in einer Hinsicht etwas weitergehende Bemerkung über diesen Punkt fand ich in der bei G. Reimer-Berlin im Jahre 1829 gedruckten Synopsis Morborum Cutaneorum von Dr. Ludwig August Struve. Sie lautet:

„Der Scharlach stellt eine exanthematische, epidemische, kontagiöse, zuweilen zum zweitenmal, aber immer wieder gemildert wiederkehrende, fieberhafte Krankheit dar, die durch eine gewöhnlich allgemeine, seltener gefleckte Röte sich auszeichnet und von Halsbräune begleitet wird."

Hieran anschließend möchte ich über einen Scharlachfall berichten, den ich während des Krieges zu beobachten Gelegenheit hatte und der soviel Eigenartiges bot, daß er mir des Erzählens wert erscheint: Zunächst sagte mir der junge Mann, daß er jetzt zum siebenten Male an Scharlach erkrankt sei. Meine Ungläubigkeit dieser Angabe gegenüber wurde nach und nach entwaffnet, als ich an der Hand von fünf ganz eingehenden Krankengeschichten erkennen mußte, daß die Behauptung wohl in vollem Umfange glaubhaft sei. Eigenartig war weiter der ganze Verlauf der Krankheit. Trotz reichlicher Erfahrung habe ich nie einen Scharlachfall gesehen, der eine so tiefe und allgemeine Rötung der ganzen Haut aufwies mit stärkster Rötung des ganzen Gaumens und ausgesprochener Himbeerzunge. Dabei war das Allgemeinbefinden fast gar nicht gestört. Die Temperatur war nur am ersten Krankheitstage auf 38° gestiegen und war später normal.

Im Stadium der Abschuppung erwies sich der Patient als Spezialist ersten Ranges. Der Stärke des Erythems entsprechend war die Abstoßung der Haut eine besonders reichliche und man kann es nur der reichen Erfahrung des Kranken zuschreiben, daß es ihm gelang, von der ganzen linken Hand die Haut völlig unverletzt wie einen umgestülpten Handschuh abzuziehen; nur die Nägel fehlen. Das seltene Präparat ist noch in meinem Besitz und wird für Unterrichtszwecke oft benutzt. Auch von

der rechten Hand habe ich die einzelnen Finger, wie Fingerlinge ohne Nagel zurückbehalten.

Irgendwelche Komplikationen bot der Fall nicht. Die Abschuppung war nach 5 Wochen beendigt.

Vielleicht darf man annehmen, daß es sich um eine reine Infektion mit Scharlachgift gehandelt hat, ohne Mischinfektion mit Streptokokken oder anderen Erregern, die die schweren septischen Fälle zu erzeugen pflegen.

Ueber einen tödlichen Unfall durch elektrischen Strom der Lichtleitung im Bade.

Von Kreisarzt Dr. Kraemer-Calbe i. S.

In der Nacht vom 2. zum 3. Dezember 1920 wurde der in der Mitte der 40er Jahre stehende Rechtsanwalt L. in C. von seinen Angehörigen in der Badewanne plötzlich verstorben aufgefunden. Die Todesursache konnte von dem erst zugezogenen Hausarzt ohne weiteres nicht aufgeklärt werden, zumal L. stets voll gesund war und auch irgend ein Suicidium von vornherein ausgeschlossen schien. Weitere Ermittelungen, an denen sich der vom Hausarzt zugezogene Verfasser beteiligte, ließen dann erkennen, daß der Tod durch den elektrischen Strom der Lichtleitung verursacht war.

Die Situation war die folgende:

L. hatte in den späten Abendstunden in der metallenen Badewanne ein Bad genommen und in die Badestube aus dem Nebenraum eine metallene elektrische Stehlampe, die vermittels einer längeren Leitungsschnur mit dem Stechkontakt im Nebenraum verbunden war, mit hereingenommen. Irgendeine Anhängevorrichtung für die Lampe fand sich im Baderaum nicht; es war anzunehmen, daß er die Lampe auf die platten Hebel der Zuflußhähne gestellt hatte. Der Badende, der in der halb mit Wasser gefüllten Wanne saß, hat dann mit der ungenügend isolierten und in der Schnurzuleitung unmittelbar am Uebergang in den metallenen Körper defekten Lampe Stromverbindung bekommen, wahrscheinlich dadurch, daß er die Lampe durch Unvorsichigkeit herunterriß.

Ein Angehöriger (Kind), der durch ein nicht genauer feststellbares Geräusch aus dem Nachbarzimmer aufgeweckt wurde und in das Badezimmer eilte, fand den Badenden in der Wanne leblos in sich zusammengesunken vor; der Brust nahe aufliegend lag die Leitungsschnur und im Wasser über den Rand der Wanne hinüber hing die Lampe mit leuchtender Glühbirne.

Das Kind versuchte, die Lampe an der Schnur von der Wanne wegzunehmen und bekam bei dieser Gelegenheit einen elektrischen Schlag, so daß es zurücktaumelte; erst bei dieser Gelegenheit erlosch die Lampe; nach einigen Minuten hatte es sich dann erholt und erwachsenes Personal herangeholt.

Bei der sofort vorgenommenen und im Laufe des Tages durch den Verfasser wiederholten Leichenbesichtigung zeigte sich an der Brust des Toten eine striemenartig aussehende Verbrennung, die in ihrer Form genau der aufgelegenen Leitungsschnur entsprach; weiter zeigten sich an den Fingern der linken Hand entsprechend ihren Greifflächen mäßig ausgedehnte Verbrennungen im Stadium beginnender Bläschenbildung. Weiterhin wies der ganze Körper — unmittelbar nach dem Tode, so daß Verwechslung mit Totenflecken nicht in Betracht kommt — an denjenigen Stellen der Haut, wo offenbar inniger Kontakt mit der Badewanne bestanden hatte, also besonders am Nacken, an den Seitenteilen der Arme, an der ganzen Rückenseite, namentlich an der einen Gesäßbacke und an den Beugeseiten der Beine eigenartig konfigurierte Veränderungen auf — scharf geränderte, rosettenähnliche Zeichnungen von hellroter Farbe —; es war anzunehmen, daß der tote Körper im Wasser längere Zeit vom Strom durchflossen war, und die gezeichneten Stellen durch den fortwährenden Stromaustritt so verändert worden waren.

Es handelte sich um eine Lichtleitung von 120 Volt Wechselstrom, wie er in der Stadt C. allgemein besteht.

Zum Verständnis der Sache ist noch nachzufügen, daß die metallene Wanne in der Art ihrer Aufstellung und Verbindung mit dem Röhrensystem unmittelbare Erdleitung hatte. Es ist daher ohne jeden Zweifel, daß der badende Körper bei der Anordnung der Dinge in direkte leitende Verbindung mit der Erde gekommen ist und somit die volle Spannung durch seinen Körper mit dem Erfolge einer tödlichen Einwirkung in diesem Falle nur durch eine Lichtstromleitung geleitet hat.

Fälle, wie der vorliegende, sind in der Literatur wiederholt beschrieben. Ich nehme besonders Bezug auf die Kasuistik im Atlas der Elektropathologie von Jellinek-Wien[1]). Hier ist s. S. 7 (Tafel XIII) ein ganz paralleler Fall beschrieben: Ein Stubenmädchen war während des Badens in einer metallenen Wanne gleichfalls infolge Hantierens mit einer elektrischen, im Gestell ungenügend isolierten Stehlampe getötet. Auch in der „Gerichtlichen Medizin“ von Puppe ist ein ganz ähnlicher Fall von Haberda mitgeteilt.

Ich nehme Veranlassung, die Schlußfolgerungen, die Jellinek im Anschluß an seinen Fall in gesundheitstechnischer Beziehung zieht, bei der Bedeutung der Angelegenheit für die Allgemeinheit zu wiederholen: „In Badezimmern, die als erdschlußgefährliche Räume anzusehen sind, müssen besondere Vorkehrungen gegen Berührung von Stromleitungen getroffen werden.“

---

[1]) Berlin-Wien 1909; Urban und Schwarzenberg.

Zur Frage der Abgabe der Gebühren für die in den gerichtlich-mediz. Universitätsinstituten vorgenommenen Untersuchungen.

Von Dr. Georg Strassmann, Assistent der Unterrichtsanstalt für Staatsarzneikunde der Universität Berlin.

In Anschluß an den Aufsatz von Dr. Roth „Der preußische Gerichtsarzt“ in Nr. 11 der Zeitschrift für Med.-Beamte 1921 sei mitgeteilt, daß auf Grund einer vom Herrn Minister für Kunst, Wissenschaft und Volksbildung vor kurzem erlassenen Verfügung die von den Gerichten eingehenden Gebühren für in den gerichtl.-mediz. Instituten vorgenommene Untersuchungen vollständig an die Universitätskasse abzuführen sind. Schon im Frieden wurden diese Gebühren abgeführt, aber auf Antrag des Institutsdirektors dem betreffenden Assistenten zum Teil wieder ausbezahlt. Dies soll von nun an nicht mehr geschehen. In Berlin wurden im Frieden 90 % der Gebühren an die Assistenten zurückgezahlt, während 10 % auf den Etat des Instituts angerechnet wurden. Nach dem Kriege wurde die Hälfte des Betrages dem Assistenten, der die Untersuchung ausgeführt hatte, zugewiesen; die andere Hälfte verblieb dem Institut. Gewiß ist es berechtigt, daß bei dem geringen Etat, der für die gerichtl.-mediz. Institute vom Staat ausgesetzt ist, ein Teil der Untersuchungsgebühren für das Institut verwendet wird; diese aber den Assistenten völlig zu entziehen und ihnen damit eine ihrer wenigen Neben-Einnahmequellen zu verschließen, erscheint trotz der Aufbesserung der Assistentengehälter nicht nur hart, sondern auch bedenklich. Die von den ger..-mediz. Instituten ausgeführten Untersuchungen, wie z. B. diejenigen auf Blut, Sperma, Haare, Pulver, Schartenspuren u. a. stellen wegen ihrer strafrechtlichen Bedeutung und ihrer Mühseligkeit an das Verantwortlichkeitsgefühl, die Gewissenhaftigkeit und vor allem an die Geduld des Untersuchers so hohe Anforderungen, daß dafür eine besondere Entschädigung billig ist. Die Schwierigkeit derartiger Untersuchungen kann allerdings nur derjenige richtig beurteilen, der sie einmal ausgeführt hat; muß man doch, bei ihren Ausführungen häufig um dem Drängen des Gerichtes nachzukommen und eine rasche Aufklärung krimineller Handlungen zu ermöglichen, die vorgeschriebene Dienstzeit beträchtlieh überschreiten. Falls in Zukunft eine Vergütung für diese besondere Mühewaltung nicht mehr gewährt wird, darf man sich nicht darüber wundern, wenn sich die Erledigung gerichtlicher Untersuchungen verzögert, was im Interesse der Rechtspflege gewiß zu bedauern wäre. Eine Beschränkung des Einkommens unter den gegenwärtigen Verhältnissen muß auch den Nachwuchs an den gerichtl.-mediz. Instituten gefährden. Hinweisen möchte ich noch darauf, daß in Deutsch-Oesterreich, trotzdem die wirtschaftliche Lage der dortigen gerichtl.-mediz. Institute viel ungünstiger und schwieriger ist als die der preußi-

schen, wovon ich mich jetzt persönlich überzeugen konnte, den Assistenten die Gebühren für alle von ihnen ausgeführten Untersuchungen voll ausbezahlt werden.

Zum Artikel „Apothekenwesen u. Medizinalbeamte".

Von Reg.- und Med.-Rat Dr. Döllner - Köln.

Mein Aufsatz in Nr. 10 dieser Zeitschrift hat in der Pharmazeutischen Zeitung ein Echo ausgelöst, dessen Form und Inhalt mich zu nachstehendem Schreiben zwang. Trotz sachlicher Unrichtigkeiten habe ich in meinem Anschreiben an genannte Zeitung von dem Hinweis auf § 11 des Preßgesetzes Abstand genommen, da ich bei einem Fachblatt für Akademiker voraussetze, daß es eine Replik verträgt und aufnimmt.

Uebrigens hat ein Herr Pomp, der als Vorstand des Apothekervereins des besetzten Westens zeichnete, mir einen maschinenschriftlichen Brief geschickt, aus dem hervorgeht, daß er über den amtlichen Schriftverkehr des Regierungspräsidenten in Köln mit dem Oberpräsidenten der Rheinprovinz unterrichtet ist. Dieser Brief ist auf den amtlichen Weg geleitet worden und wird von mir nicht beantwortet werden.

In Nr. 47 bringt die Pharmaz. Zeitung den bezeichneten amtlichen Bericht im Wortlaut mit einer unrichtigen Wiedergabe des Urtextes von „80 ₰" in 80 p. c. = $^{0}/_{0}$. —

Text meines Schreibens an die Pharmazeutische Zeitung:

Köln, 23. 6. 21.

„Der Schriftleitung der Pharmaz. Zeitung in Berlin W 9, Linkstr. 23/24, überreiche ich nachstehende Zeilen in der Annahme, daß sie — als einzige und letzte Replik meinerseits — objektiv zur Veröffentlichung gebracht werden.

Mit aller Hochachtung

Reg.- und Med.-Rat Dr. Döllner.

Ihre Zeitung hat sich schon einmal mit meinem Artikel in Nr. 10 der Zeitschrift für Medizinalbeamte befaßt. Ihr Artikel gab mir keinen Anlaß zur Erwiderung, da selbstverständlich über jeden Gegenstand verschiedene Meinungen möglich sind und erörtert werden können. Unzutreffend war nur der Schlußsatz „ich wollte den Vorstand und die Mitglieder des Apotheker-Vereins des besetzten Westens spalten". Das ist gar nicht nötig; denn sehr viele Mitglieder machen die Treibereien des Vorstandes gar nicht mit und verschiedene haben mir — vor wie nach meinem Artikel — erklärt, wie sie zu diesem Vorstand stehen.

Ich lehne eine captatio benevolentiae ab, die sich in Aufzählung meiner zahlreichen nächsten Verwandten in Apothekerkreisen, meiner eigenen „Tätigkeit beim Fach" und meinen eigenen treufreundschaftlichen Verkehr mit Apotheken aussprechen sollte; ich kann aber sagen, daß ich gerade durch diese intimen Beziehungen zu Pharmazeuten reichliche Gelegenheit hatte, die in meinem Aufsatz berührten Punkte vorher eingehend mit Apothekern zu besprechen.

Da ich vier pharmazeutische Zeitschriften regelmäßig lese, war mir ja auch die beliebte Tonart bekannt, über welche nach monatelangem Schweigen der bisherige Pharmakologe von Tübingen — selbst Apotheker!! — einen Verzweiflungsschrei losließ.

Da ich mich als Diener der Volksgesamtheit betrachte, rechne ich immer wieder mit der Gelegenheit, meine eigenen Interessen jenen meiner Standesgenossen und auch jenen der mir verwandten oder befreundeten Apotheker hintansetzen zu müssen.

Nunmehr beschäftigt sich Ihre Zeitung in Nr. 47 zum zweiten Male mit meiner Person und zwar auf Grund eines amtlichen Schreibens des Regierungspräsidenten in Köln an den Oberpräsidenten der Rheinprovinz. Ueber Gleiches hat mir Herr Pomp ein Schreiben zugesandt, das zurzeit dem Herrn Oberpräsidenten vorliegt.

Wie honorige Kreise über die Verwendung amtlichen Materials, das doch nur auf kriminellem Wege an Private gelangen kann, denken, ist bekannt. Ich lehne es daher ab, über dieses Schreiben samt Ihren Bemerkungen hierzu in eine Debatte einzutreten. Daß man aber aus trüben Quellen auch trübes Material bekommt, ist klar.

Zur Richtigstellung der Tatsachen habe ich dem Herrn Schriftführer des Apothekervereins in Köln Einsicht in die Akten gegeben: Ich spreche in meinem Referat von 80 ₰, Ihr Artikel von 80% — p. c. — Ich führe als meine Quelle für die Aeußerungen des Herrn Pomp ausdrücklich den Versammlungsbericht der Pharm. Zeitung an — aber nicht gegen diese, sondern gegen mich werden die Invektiven erhoben. — Ich schreibe in meinem Aufsatz in der Medizinalbeamten-Zeitschrift: „Die Apotheken die stets gut befunden wurden etc. dürften auch nicht die Urheber der Bewegung sein." — Ihre Zeitung (bezw. der unterzeichnete Vorstand des Apothekervereins des besetzten Westens — Namen fehlen!!) schreibt: „die Urheber seien sicher"

Jedes Wort zu einer solchen Polemik wäre Ueberfluß!

Daß man meine Fußnote über den Artikel Kuttners einfach totschweigt, ist auch so ein Mittelchen ehrlicher Kampfesweise! Herr Kuttner ist ja Apotheker!!

Dazu schreibt der auf ungesetzlichem Wege in unberufene Hände gelangte amtliche Bericht, daß der Anstoß hierzu von einem Landrat ausgehe, aber nicht dieser, sondern der Regierungs- und Medizinalrat wird als Urheber hingestellt — die Hetze geht ja gegen den Verwaltungsmediziner! Der Medizinalbeamte, der im Fachblatt seiner Amtsgenossen — nicht in der Tagespresse wie z. B. in der Koblenzer Zeitung!! — Fachfragen bespricht und often mit Namen und Amtscharakter zeichnet, ist für gewisse Leute ein rotes Tuch!

Außer den Herren, mit welchen ich persönlich gesprochen habe (noch in den letzten zwei Tagen drei!) schlage ich den Herrn Apothekern als Beweismittel dafür, daß die Ansichten des Herrn Pomp und der Pharmazeutischen Zeitung in Apothekerkreisen durchaus nicht einheitlich gebilligt werden, die Lektüre von Folgendem vor: Das Protokoll der Hauptversammlung des D. Ap. V. in Berlin (Pharm. Zeitung Seite 468/69), der starke Mann aus dem Westen (Zentralblatt für Pharmazie Nr. 15), Angestelltenbesoldung und Apothekenvermehrung (ebendort 1920 Nr. 33).

Mit der anonymen Zusendung von Ausschnitten aus Fachblättern — selbst wenn sie noch so schön rot und blau angestrichen und unterstrichen sind, bitte ich, mich nicht mehr zu belästigen, da sie ja doch nur die wohlverdiente Versenkung in den Papierkorb erfahren.

Im übrigen soll diese kleine Auseinandersetzung meiner angestammten und erworbenen Neigung zum Apothekerstand keinerlei Abtrag tun, zumal ich das Verhältnis zu den Apothekern meines Amtsbezirks als das denkbar günstigste betrachte; insoweit nicht die übergeordneten Interessen der Gesamtheit mich zu sachlicher Objektivität auch gegen einen einzelnen zwingen.

Döllner."

Aus Versammlungen und Vereinen.

Sitzung des Vorstandes des Preussischen Medizinalbeamtenvereins in Berlin. Hospiz am Bahnhof Friedrichstrasse, Albrechtstrasse 8, am Sonntag, den 12. Juni 1921.

Anwesend die Herren:

1. Geh. Med.-Rat Dr. Wodtke-Jena, Vorsitzender,
2. Geh. Med.-Rat Prof. Dr. Strassmann-Berlin, stellvertr. Vorsitzender,
3. Med.-Rat Dr. Bundt-Halle a. S., Schriftführer,
4. Med.-Rat Dr. Geisseler-Potsdam und als Gäste die Vorstandsmitglieder der Medizinalbeamtenvereinigung in Groß-Berlin, 1. Med.-Rat Dr. Ro-

gowski, 2. Kreisarzt Dr. Guttwein und 3. Kreisarzt Dr. Grimm-Berlin.

Entschuldigt wegen Krankheit: Geh. Med.-Rat Prof. Dr. Rapmund-Bad Lippspringe.

Der Vorsitzende begrüßt die Versammlung und stellt die rechtzeitige Ladung sämtlicher Vorstandsmitglieder fest.

I. Den ersten Gegenstand der Beratung bildet **das Verhältnis des Preußischen Medizinalbeamtenvereins zu den übrigen Beamtenverbänden,** wozu der Antrag Rapmund vorliegt, aus dem Bunde höherer Beamter wegen der geringen aus dem Anschlusse erwachsenden Vorteile wieder auszuscheiden. In lebhafter Erörterung wird das Für und Wider der Beteiligung unseres Vereins an anderen Beamtenverbänden, namentlich an dem Bund höherer Beamter oder an der Berufsvereinigung höherer Verwaltungsbeamter behandelt. Während die Berliner Kollegen von dem korporativen Anschluß ihrer Berliner Vereinigung an die Vereinigung höherer Verwaltungsbeamter eine Förderung ihrer wirtschaftlichen Belange und ihrer Stellung erwarten, sieht der Vorstand darin eine Schwächung des Preußischen Medizinalbeamtenvereins und ist der Meinung, daß nicht das Vertrauen auf artfremde Beamtenverbände von Vorteil sei, sondern nur ein festes Zusammenhalten der Medizinalbeamten und unverbrüchliches Festhalten an unserem Berufsverein uns helfen und unseren Forderungen das nötige Gewicht verleihen können.

Nach dem Bericht des Med.-Rats Dr. Rogowski gehören der Berufsvereinigung höherer Verwaltungsbeamter zurzeit 160 Kreisärzte an, die zumeist durch das Gefühl in diese Vereinigung getrieben seien, dort einen starken Rückhalt nicht nur für ihre Bestrebungen auf wirtschaftliche Besserstellung, sondern auch in ihrem Kampfe gegen die drohende Kommunalisierung der Kreisärzte zu haben. Die Not der Berliner Kreisärzte sei wegen ihrer nur geringen vertrauensärztlichen Tätigkeit groß und man dürfe ihnen deshalb die Hinneigung zu den höheren Verwaltungsbeamten, in denen sie gewissermaßen eine Rückversicherung sähen, nicht verdenken. In diesem Anschlusse liege keinesfalls eine Stellungnahme gegen den Preußischen Medizinalbeamtenverein, dessen treue Mitglieder sie nach wie vor bleiben wollen. Sie bäten allerdings um häufigere und lebhaftere Verhandlungen über die wirtschaftliche Lage und Stellung der Medizinalbeamten in den Vorstandssitzungen und den Hauptversammlungen des Vereins, sowie auch in der Zeitschrift für Medizinalbeamte. Außer durch Eingaben an die Ministerien und Parlamente müsse der Vorstand auch durch persönliche Rücksprachen seinen Forderungen bei den Ministerien und Volksvertretern Nachdruck geben.

Geheimrat Dr. Wodtke und Med.-Rat Dr. Bundt erstatten darauf eine Uebersicht über die Tätigkeit des Vorstandes seit dem 1. Januar 1921, aus der hervorgeht, daß der Vorstand es keineswegs an der nötigen Energie und Zähigkeit bei der Vertretung der Interessen der Medizinalbeamten hat fehlen lassen. Einzelne Forderungen, wie die Besserstellung der nichtvollbesoldeten Kreisärzte, die Erhöhung der Gebühren, die Bewilligung einer Aufrückungsklasse für Kreisärzte sowie für Regierungs- und Medizinalräte seien schon erfüllt, die beschleunigte Ausschreibung sämtlicher offener Kreisarztstellen nach unseren Vorschlägen sei uns zugesagt, die Erhöhung der Dienstaufwandentschädigung stehe in Aussicht, Eingaben wegen Erhöhung der Reisekosten, Ueberlassung der gerichtsärztlichen Gebühren an alle Kreisärzte, Verleihung angemessener Amtsbezeichnungen seien noch nicht erledigt.

Der langsame und nicht immer ganz unseren Wünschen entsprechende Fortgang unserer Arbeit sei, wie Geheimrat Wodtke ausführt, nicht Schuld des Vorstandes, sondern sei wesentlich durch die Art der Organisation der Gesundheitsverwaltung bedingt; nur durch eine Neuordnung dieser von Grund aus könne eine durchgreifende Besserung erreicht werden. Das Ziel müsse die Uebernahme der Gesundheitsverwaltung durch das Reich unter Loslösung von der Polizeiverwaltusein mit einem Reichsgesundheitsamte als selbständige, unpolitische Zentralbehörde, das mit eigener Exekutive und Initiative auszustatten ist, und mit Gesundheitsämtern in den Ländern, Bezirken und Kreisen.

In der weiteren Aussprache wurde eine vollständige Uebereinstimmung in diesen Fragen erreicht. Es wurde beschlossen, vorerst eine Aenderung nicht eintreten zu lassen, sonder[illegible]llungnahme des Preußischen

Medizinalbeamtenvereins zu den anderen Beamtenverbänden auszusetzen, bis der in Aussicht stehende Zusammenschluß des Bundes höherer Beamter, der Berufsvereinigung höherer Verwaltungsbeamter und des Deutschen Richtervereins zum Reichsbund höherer Beamter Deutschlands entschieden sei.

II. Bei Punkt II der Tagesordnung **„Organisationsänderung des Preußischen Medizinalbeamtenvereins“** kamen die nachstehenden Anträge Wodtke und Rapmund zur Besprechung.

a) Antrag Wodtke: „§ 8a. Der Vorstand kann zur Vorbereitung wichtiger organisatorischer und wirtschaftlicher Fragen eine Vertreterversammlung berufen. Die Vereinsmitglieder jeder Provinz wählen schriftlich aus ihrer Mitte auf die Dauer von 3 Jahren einen Vertreter und einen Stellvertreter. Der Vorstand veranlaßt und leitet die Wahl. Der Bezirk Schneidemühl bildet mit der Provinz Pommern, der Bezirk Marienwerder mit der Provinz Ostpreußen, Hohenzollern mit der Rheinprovinz, einen Wahlverband. Die Kosten der Vertreterversammlung trägt die Vereinskasse.“

b) Antrag Rapmund: Zu § 8 der Satzungen: „Damit der Vorstand in ständiger Fühlung mit den Vereinsmitgliedern in den einzelnen Provinzen bleibt und Kenntnis von ihren Wünschen in Bezug auf ihre Stellung und amtliche Tätigkeit hat, haben die Vereinsmitglieder in jeder Provinz aus ihrer Mitte einen Vertrauensmann und Stellvertreter für diesen auf je 3 Jahre zu wählen.

Der Vorstand ist berechtigt, diese Vertrauensmänner zur Vertretung wichtiger organisatorischer und wirtschaftlicher Fragen zu einer Vorstandssitzung hinzuziehen, in der sie dann dieselben Rechte besitzen wie die übrigen Vorstandsmitglieder. Die hierdurch entstehenden Kosten trägt die Vereinskasse.“

Es wird hierbei seitens der Berliner Kollegen das Bedenken geltend gemacht, daß bei einer Vertreterwahl durch alle Mitglieder in Berlin, wo die nicht staatlich beamteten Vereinsmitglieder überwiegen, kein Kreisarzt in die Vertretung hinein käme. Auch Geheimrat Strassmann teilt diese Befürchtung und will bei einer Satzungsänderung nur staatlich angestellte Aerzte als ordentliche Mitglieder geführt wissen und als Vorstandsmitglieder — und Vertreter zulassen.

Die Versammlung einigt sich schließlich auf folgende Fassung des Zusatzes zu § 8 der Satzungen:

„Zur Vorbereitung besonders wichtiger organisatorischer und wirtschaftlicher Fragen kann der Vorstand zu einer erweiterten Vorstandssitzung Vertreter der Mitglieder des Vereins hinzuziehen, die nach dem im Antrage Wodtke angegebenen Verfahren gewählt werden.

Eine Sitzung des erweiterten Vorstandes soll zur Hauptversammlung des Vereins in Nürnberg berufen werden, in der die beantragte Aenderung der Satzungen sowie ein Antrag Rapmund, der den Verein nach dem Muster des Bayerischen Medizinalbeamtenvereins umgestalten will, vorberaten werden soll, so daß er der Hauptversammlung zur Beschlußfassung vorgelegt werden kann.

III. Durch Erlaß vom 1. VI. 21 I M I 1812 hat der Minister für Volkswohlfahrt den Vorstand des Preußischen Medizinalbeamtenvereins aufgefordert, zu den Verordnungen über die **Bildung eines Landesgesundheitsrates** sowie **über die Bildung gerichtsärztlicher Ausschüsse in den Provinzen** im Hinblick auf die zu erlassenden Ausführungsbestimmungen, sich zu äußern.

Es wird als wünschenswert erklärt, daß bei der Ernennung der Mitglieder des Landesgesundheitsrates die Provinzen ausreichend berücksichtigt werden und daß auch mehrere Medizinalbeamte, die nicht der Zentralinstanz angehören, zu Mitgliedern ernannt werden. Ferner wird für den Prüfungsausschuß für die Befähigung zur Verwaltung einer Stelle als beamteter Arzt die Zuteilung eines Medizinalbeamten, der nicht der Zentralbehörde angehört, als notwendig bezeichnet. Bei der Zuteilung zu den einzelnen Ausschüssen [illegible] Präsidenten werden außer der Geeignetheit auch die Wünsche der [illegible] beachten sein.

Für den Vor[illegible] ichtsärztlichen Ausschusses soll die Amtsbezeichnu[illegible] ngsrat“ und für das ständige Mitglied die als „Obermed[illegible] schlagen werden. Zugleich soll zum Ausdruck gebracht werden, [illegible] Preußische Medizinalbeamtenverein es für selbstver-

ständlich hält, daß die von dem gerichtsärztlichen Ausschusse für Gutachten usw. zu erhebenden Gebühren den beteiligten Mitgliedern für ihre Arbeit verbleiben.

IV. Der Schriftführer gibt Kenntnis von der **Tätigkeit des Vorstandes** sowie über die **verschiedenen Eingaben an Minister und Landtag betreffend die wirtschaftliche Besserstellung der preußischen Medizinalbeamten und die Hebung ihrer Stellung;** er erwähnt hierbei, daß dem Vernehmen nach für die Kreisärzte die Amtsbezeichnung „Kreismedizinalrat" vorgesehen sei. Es wird darauf beschlossen, in einer Eingabe an den Minister diese Amtsbezeichnung, die eine schwere Benachteiligung unseres Standes gegenüber den Aerzten der Versorgungsämter mit der Amtsbezeichnung „Regierungsmedizinalrat" bedeutet, auf das Entschiedenste abzulehnen, und aufs neue die Amtsbezeichnung „Oberregierungsrat" für die jetzigen Regierungs- und Medizinalräte" und für die Kreisärzte „Kreisarzt und Medizinalrat" bezw. „Kreisarzt und Obermedizinalrat" für die älteren wie in Bayern zu fordern.

Zu **V.** kommen **Anträge** und **Eingänge** zur Verhandlung.

a) Zum Antrag Rapmund, eine Eingabe um Erhöhung des Ruhegehalts der Altpensionäre, namentlich derjenigen Regierungs- und Medizinalräte, die in ihrem Amt die pensionsfähige Zulage von 600 M. erhalten hatten, einzureichen, wird beschlossen, Geheimrat Rapmund noch um eine genaue Begründung zu bitten.

b) In der Frage der Anfechtbarkeit der Gesetzlichkeit des Gesetzes über die Altersgrenze, zu welcher der Verein höherer Beamter auf Grund eines ihm erstatteten Rechtsgutachtens eine ablehnende Stellung einnimmt, sollen noch Erkundigungen bei anderen Beamtenverbänden, die gerichtliche Klage erhoben haben sollen, eingezogen werden.

Inzwischen werden die zwangsweise in den Ruhestand versetzten Kollegen gebeten, sofort Einspruch gegen ihre Pensionierung zu erheben, um die Einspruchszeit (6 Monate) zu wahren.

c) Ueber den Entwurf eines Reichsjugendwohlfahrtsgesetzes berichtet Geh. Rat Wodtke. Er führt aus, daß in dem Gesetz zwar die gesundheitliche Fürsorge für Jugendliche und ihr körperliches Gedeihen eine große Rolle spielen, daß aber im ganzen Gesetzentwurf und in seiner Begründung ebensowenig der Aerzte wie vollends nicht der Medizinalbeamten irgendwie Erwähnung getan wird. Er stellt die Forderung auf, daß dem beamteten Arzt in gleicher Weise, wie in dem Gesetzentwurf für den Vormundschaftsrichter vorgesehen sei, die Berechtigung gegeben werden müsse, an allen Sitzungen des Jugendamtes mit beratender Stimme teilzunehmen und unter Umständen auch die Möglichkeit, Leiter eines Jugendamtes zu sein, offen gehalten werden müsse. Es wird beschlossen, eine dahingehende Eingabe an den Herrn Minister zu machen.

d) Zum Gesundheitsfürsorgetag, der am 25. Juni in Berlin tagt, ist eine Einladung durch den Leiter des Berliner Fürsorgeamtes, Dr. Tugendreich, eingegangen. Med.-Rat Dr. Rogowski und Kreisarzt Dr. Guttwein werden mit der Vertretung des Preußischen Medizinalbeamtenvereins beauftragt.

e) Dem Verein für Volkshygiene tritt der Preußische Medizinalbeamtenverein vorbehaltlich der Zustimmung durch die Hauptversammlung als körperschaftliches Mitglied bei.

f) Der Anregung zur Herausgabe eines neuen Jahrgangs des Kalenders für Medizinalbeamte gibt der Vorstand zunächst keine Folge und beschließt die Angelegenheit bis nach Fertigstellung der in Vorbereitung befindlichen neuen Medizinalgesetze wie Hebammengesetz, Dienstanweisung usw. zu vertagen. Er will aber den Schriftleiter der Zeitschrift für Medizinalbeamte ersuchen, ein Verzeichnis der Medizinalbeamten, wie es bisher im Beiheft zum Kalender gebracht wurde, als Sonderbeilage der Zeitschrift zu mäßigem Preise zu liefern. In diesem Verzeichnis sollen die Medizinalbeamten in Aufrückungsstellen durch fetten Druck hervorgehoben werden.

g) Der Antrag der Medizinalbeamtenvereinigung für den Bezirk Arnsberg auf Umwandlung des Medizinalbeamtenvereins in einen Bund von Bezirksvereinen im Sinne des unter II am

Schlusse erwähnten Antrags Rapmund wird auf der Hauptversammlung in Nürnberg zur Verhandlung gelangen.

Es soll auf der Hauptversammlung dem Antrag der Medizinalbeamten des Bezirks Arnsberg gemäß, entschieden Stellung genommen werden gegen die Bestrebungen zur Kommunalisierung der Kreisärzte, die durch Vernichtung des staatlichen von den Gemeinden unabhängigen Medizinalbeamtenstandes der Volksgesundheitspflege allerschwersten Schaden bringen würde.

Zu der Eingabe des Bezirksvereins Arnsberg an die Reichsversicherungsanstalt, betreffend Erhöhung der Gutachtengebühren, wird beschlossen, den Erfolg der Eingabe abzuwarten, bevor der Medizinalbeamtenverein als solcher Stellung nimmt.

h) Nach einem kurzen Vortrag des Schriftführers über die wirtschaftliche Lage des Preußischen Medizinalbeamtenvereins wird beschlossen, der Hauptversammlung einen Antrag vorzulegen, der noch für 1921 eine Erhöhung des Beitrags auf 60 M. vorschlägt.

Eine weitere Erhöhung für spätere Jahre wird unvermeidlich sein, da die Anforderungen an den Verein durch die Teuerung aller Bürobedürfnisse und der Reisekosten sowie durch die erhöhte Ausgabe für die Zeitschrift sehr erheblich gestiegen sind. Die geldlichen Forderungen an die Mitglieder des Preußischen Medizinalbeamtenvereins müssen, wie allgemein anerkannt wird, im Vergleich mit denen anderer Standesvereine noch immer sehr bescheiden genannt werden.

Dr. Bundt, Schriftführer.

Zusatz: Der im Beschluß zu II erwähnte Antrag Rapmund über die künftige Organisation des Vereins lautet:

„Die Organisation wird dahin geändert, daß Organe des Vereins künftighin sind: Landesvorstand, Landesversammlung und Vertretertag, Bezirksvorstände und Bezirksvereine.

Der Landesvorstand besteht aus 11 Mitgliedern und zwar aus je einem für Groß-Berlin, die Provinzen Ostpreußen (einschließlich des Bezirks Marienwerder), Brandenburg, Pommern (einschließlich des Bezirks Schneidemühl), Schlesien, Sachsen, Schleswig-Holstein, Hannover, Westfalen, Hessen-Nassau und Rheinland (einschließlich Hohenzollern) von den Vertretern der Bezirksvereine der betreffenden Provinzen auf drei Jahre zu wählenden Mitgliedern. Die Vorstandsmitglieder haben aus ihrer Mitte einen Vorsitzenden und einen Schriftführer sowie je einen Stellvertreter zu wählen.

Die dem Landesverein angehörenden Mitglieder eines Regierungsbezirks bezw. von Groß-Berlin bilden einen Bezirksverein, für den ebenfalls ein Bezirksvorstand zu wählen ist, der mindestens aus einem Vorsitzenden und einem Schriftführer sowie aus je einem Stellvertreter für diese zu bestehen hat. Die Medizinalbeamten des Bezirks Schneidemühl werden hierbei den Reg.-Bez. Köslin, diejenigen von Hohenzollern dem Reg.-Bez. Koblenz zuerteilt. Jeder Bezirksverein hat das Recht, auf je 20 angefangene Mitglieder einen Vertreter und Stellvertreter zu dem Vertretertage zu wählen; die Vertreter der Bezirksvereine einer Provinz haben aus ihrer Mitte ein Mitglied für den Landesvorstand und einen Stellvertreter zu wählen.

Alljährlich muß mindestens eine Sitzung des Landesvorstandes, ein Vertretertag, eine Landesversammlung und eine Bezirksversammlung abgehalten werden und zwar der Vertretertag in der Regel unmittelbar vor der Landesversammlung. Die Kosten für die Teilnahme der Vorstandsmitglieder an den Vorstandssitzungen und am Vertretertage hat die Kasse des Landesvereins, die Kosten für die Teilnahme der Vertreter der Bezirksvereine an dem Vertretertage die Kasse dieser Vereine zu tragen.

Begründung: Die vorgeschlagene Organisation ist im Interesse des Vereins unbedingt nötig; sie ermöglicht nicht nur eine ständige und enge Fühlung des Vorstandes mit den Vereinsmitgliedern, sondern auch eine größere und wirksamere Mitarbeit der Mitglieder bei allen Bestrebungen des Vereins. Nachteilige Sonderbestrebungen werden auf diese Weise am besten vorgebeugt und ein einheitliches Auftreten des Vereins nach außen hin gesichert. Die Organisation entspricht auch den Wünschen der Medizinalbeamten (s. den Beschluß der Medizinalbeamten des Reg.-Bez. Arnsberg; einen gleichen Be-

schluß haben die Medizinalbeamten des Reg.-Bez. Minden gefaßt; auf demselben Standpunkte stehen die Medizinalbeamten des Reg.-Bez. Hildesheim; auch sonst ist man bestrebt, Bezirksvereine zu gründen, wo solche noch nicht bestehen."

Kleinere Mitteilungen u. Referate aus Zeitschriften.

Hygiene und öffentliches Gesundheitswesen.

1. Soziale Hygiene.

Die Zunahme der Körpergröße des deutschen Volkes vor dem Kriege, ihre Ursachen und Bedeutung für die Wiederherstellung der deutschen Volkskraft. Von Stabsarzt Dr. Meinshausen. Archiv für soziale Hygiene; Bd. 14, H. 1.

Die Zunahme der Körperlänge (1,2 cm) und Breite (1 cm) findet sich nicht nur bei der männlichen Bevölkerung der Groß- und Mittelstädte, sondern auch in den Kleinstädten und auf dem Lande. Je größer die Geburtsgemeinde, desto größer, schmächtiger und im allgemeinen auch leichter ist die Bevölkerung; dies ist bedingt durch den mit der Einwohnerzahl steigenden Anteil der im Stubenhockerberufe und in geschlossenen Räumen Tätigen. Die Erhaltung und Schaffung einer zahlreichen neuen Landbevölkerung ist daher die dringendste Aufgabe. Zur Erzielung einer kräftigen Stadtbevölkerung ist die Heranziehung der gesamten schulentlassenen männlichen Jugend zum Turnen und Sport erforderlich. Dr. Wolf-Hanau.

2. Statistik.

Der erste Gesundheitsbericht über die Kriegszeit aus Glasgow und anderen Städten Großbritanniens. Von Prof. Dr. G. H. Sieveking in Hamburg.

Der erste Gesundheitsbericht, der uns aus Großbritannien wieder zugeht, kommt aus Glasgow. Er umfaßt die Jahre 1914 bis 1919 und gibt, da Glasgow an Einwohnerzahl und Lebensart Hamburg ungefähr gleichsteht, einige nicht unwichtige Vergleichspunkte. Der Wechsel der Bevölkerung Glasgows entspricht allerdings nicht annähernd demjenigen Hamburgs. Seine Einwohnerzahl und damit die Wohnungsdürftigkeit haben stetig langsam zugenommen (1914: 1055930 Einw., 1919: 1114656 Einw.) ebenso die Zahl der bewohnten Häuser. Die Stadt Hamburg hatte dagegen 1914: 1030988 Einw., 1919: 985093 Einw. Die Zahl der Geburten ist in Glasgow dementsprechend von 29455 in 1914 auf nur 23515 in 1918 am tiefsten gesunken. Hamburg vermerkte 1914: 21312, dagegen 1917 nur 9263 und 1918: 9674 Geburten. Der allgemeine Gesundheitszustand Glasgows hat sich, gemessen an der allgemeinen Sterblichkeit, gehoben. Es wird eigens betont, daß nach übereinstimmendem Urteil der Fürsorgerinnen die Ernährungs- und Wohnungsverhältnisse sowie die allgemeine Lebenshaltung sich besserten, besonders die Ernährung der Kinder. Trunkenheit nahm merklich ab. Der Einfluß der schweren Influenza-Pandemie vom Herbst 1918 und Winter 1918/19 tritt allerdings auch dort hervor. Abgesehen von der Besserung der allgemeinen Lebensführung und zwar der Ernährung trifft alles ebenso auch für Hamburg zu. Die Säuglingssterblichkeit auf die Zahl der Geborenen berechnet gibt in Hamburg sogar ein günstigeres Bild. Auch in Glasgow ist das Fürsorgewesen einschließlich der Kleinkinder- und Schwangerenfürsorge während der Kriegszeit stark ausgebaut worden, ganz wie bei uns. Ebenfalls stimmen beide Städte darin überein, daß die Säuglingssterblichkeit der unehelich geborenen Kinder mehr als die der ehelichen zurückgegangen ist. Auffallend und für uns nicht so nachweisbar ist die verhältnismäßig starke Verminderung der Todesfälle an Verdauungsstörungen bei den weiblichen Säuglingen Glasgows. Von den übertragbaren Krankheiten nahm bei Diphtherie die Zahl der Fälle zu, aber ihre Schwere und damit die Todesziffer ab. Scharlach, drüben besonders gefürchtet, ging an Ausdehnung und Schwere zurück. Abdominaltyphus erreichte einen früher nie gekannten Tiefstand. Der schulärztliche Dienst half eine größere Zahl von einheimischen Trachomfällen aufspüren. Bei 3 Fällen von Milzbrand wurde der Rasierpinsel als corpus delicti erkannt, einer davon

gehörte zu einer aus Japan eingeführten Sendung. Die Lungentuberkulose hat in Glasgow wie in fast allen vermerkten Städten stetig abgenommen. Einzelne Städte lassen allerdings den Einfluß der Influenza-Pandemie deutlich erkennen (London, Liverpool). Fleckfieberfälle wurden in Glasgow 1988: 55, 1919: 33 bekannt, in den übrigen Jahren nur vereinzelt. Von Pocken blieb die Stadt verschont, nur steckten zwei zugereiste Schiffer je 1918 und 1919 einige Personen an. Infolge der Gewissensklausel ging die Zahl der erfolgreich geimpften Kinder von 84,5% in 1905 auf 54,4% in 1918 zurück. Im Jahre 1918 machten 26,6% von der Gewissensklausel Gebrauch. Der Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten wurde auch dort besondere Sorge zugewandt. Für Männer und Frauen sind getrennte Fürsorgestellen eingerichtet; den Aerzten wird auf Grund einer behördlichen Verfügung von 1916 die Diagnose und Behandlung von Geschlechtskranken auf alle mögliche Weise erleichtert. Die angefügten Zahlenreihen werden allgemein willkommen sein:

	1914	1915	1916	1917	1918	1919
I. Allgemeine Sterblichkeit auf 1000 Lebende:						
Hamburg (Stadt)	13,1	13,7	14,3	17,8	19,4	14,1
Glasgow	16,6	18,8	15,2	15,1	16,5	16,4
Edinburgh	15,5	16,6	14,6	14,9	15,2	16,5
London	14,6	16,8	14,7	15,7	19,2	13,6
Liverpool	19,8	19,6	19,1	18,4	21,9	17,1
Birmingham	15,2	14,9	14,3	13,0	15,2	13,7
II. Säuglingssterblichkeit auf 100 Geborene:						
Hamburg (Stadt)	12,6	11,1	11,6	11,5	11,5	9,5
Zahl der Todesfälle	2685	1808	1297	1061	1114	1434
Glasgow	13,3	14,8	11,1	12,9	11,3	11,4
Edinburgh	11,0	13,2	10,0	12,3	9,4	11,7
London	10,4	11,2	8,9	10,4	10,8	8,5
Liverpool	14,0	13,3	11.8	11,6	12,6	10,9
Birmingham	12,2	11,8	10,4	9,8	9,7	8,9
III. Sterblichkeit an Lunggentuberkulose auf 1000 Lebende:						
Hamburg (Stadt)	1,13	1,29	1,44	2,07	2,26	1,73
Glasgow	1,30	1,37	1,32	1,27	1,24	1,04
Edinburgh	1,17	1,14	1,08	1,18	9,6	9,5
London	1,48	1,60	1,53	1,71	1,78	1,22
Liverpool	1,63	1,86	1,81	1,97	2,08	1,45
Birmingham	1,23	1,33	1,31	1,36	1,35	1,16

Die Zahlen für die Großbritannischen Städte sind dem Glasgower Bericht entnommen. Für die Vergleichbarkeit hinsichtlich ihrer Berechnung untereinander und mit Hamburg kann keine Gewähr übernommen werden.

Besprechungen.

Prof. Dr. L. Lewin-Berlin: **Die Gifte in der Weltgeschichte.** Allgemein verständliche Untersuchungen der historischen Quellen. Verlag von Julius Springer. Berlin 1920. Gr. 8"; 596 S. Preis: Geh. 56, geb. 68 M.

Obwohl das Buch die zeitgenössischen toxiko-historischen Arbeiten überhaupt nicht erwähnt, kann es trotzdem den Fachgenossen zur Anschaffung empfohlen werden, da es eine zur differentialdiagnostischen Kritik anregende Lektüre bietet. Vergl. z. B. die Behauptung (S. 349) Bernhard von Sachsen-Weimar sei nicht an Fleckfieber gestorben, weil dieses nicht plötzlich einsetze und nicht vor Ablauf einer Woche töte, oder den Widerspruch (S. 253), daß bei perforierendem Magengeschwür unter allen Umständen Erbrechen eintreten müsse und (S. 303) das Erbrechen beim perforierenden Magengeschwür nicht vorhanden zu sein brauche u. s. f. Leider verbietet der mir zur Verfügung stehende Raum des näheren auf das Werk einzugehen, da andernfalls die Adnotationen dazu allerdings gleichfalls ein Buch füllen könnten.

Friedrich Kanngießer.

Tagesnachrichten.

Dem Reichstag ist ein Entwurf zur **Abänderung des Angestelltenversicherungsgesetzes** zugegangen, in dem die Versicherungsgrenze von 15 000 auf 28 000 M. erhöht wird und die Bildung von neun Gehaltsklassen vorgesehen ist (bis 1500, 1500—3000, 3000—4000, 4000—5000, 5000—6000, 6000 bis 8000, 8000—10 000, 10 000—15 000 und 15 000—28 000 M.). Die Monatsbeiträge in diesen Klassen sollen 15,60, 24,60, 30,60, 37,20, 43,20, 55,20, 68,20, 80,40 und 98,40 M. betragen. Dementsprechend ist auch eine Erhöhung des Ruhegeldes vorgesehen. Danach wird allen Gehaltsklassen gleichmäßig eine Grundgebühr von 360 M. und eine Teuerungszulage (vorläufig bis 31. 12. 1926) von monatlich 50 M. gleich 600 M. im Jahre gewährt; hierzu kommen die Steigerungssätze für jeden entrichteten vollen Monatsbeitrag, die für die einzelnen Gehaltsklassen auf 1,50, 3, 4, 5, 6, 8, 10, 12 und 15 Mark festgesetzt sind, so daß das Ruhegehalt nach 10 Beitrittsjahren in der ersten Gehaltsklasse 360 + 600 + 10 × 18 = 180, zusammen 1140 Mark beträgt, in der neunten Gehaltsklasse 360 + 600 + 10 × 150 = 1500, zusammen 2460 M., nach 40 Beitrittsjahren werden sich diese Ruhegehälter auf 1680 M. und 6960 M. erhöhen.

Aus dem preußischen Landtage. Der Bevölkerungsausschuß des preußischen Landtages hat beschlossen, die Staatsregierung zu ersuchen, dem Landtage mit großer Beschleunigung ein Gesetzentwurf über die **Anzeigepflicht bei offener Tuberkulose** vorzulegen.

In **Sachsen** sind durch Verordnung vom 2. Juni 1921 die Sätze in Ziffer 6—57 der **Gebührenordnung für Aerzte, Chemiker, Pharmazeuten und Hebammen bei gerichtlich-medizinischen und medizinal-polizeilichen Verrichtungen** bis auf weiteres um weitere 150 %, also insgesammt um 200 % erhöht.

Das jetzt bekannt gegebene Ergebnis der in der Zeit vom 15. November bis 14. Dezember 1919 stattgefundenen **Zählung der Geschlechtskranken** im Deutschen Reich hat 136 000 Kranke ergeben, also rund 22 auf 10 000 Einwohner

---

Preussischer Medizinalbeamtenverein.

Bekanntmachung.

Der Vorstand beabsichtigt, der **Hauptversammlung in Nürnberg am 10. und 11. September ds. Js.** Anträge zu unterbreiten, die eine **Erweiterung des Vorstandes für die Erörterung besonders wichtiger Vereinsangelegenheiten** bezwecken. Die Vorberatung dieser Anträge soll auf Beschluß des Vorstandes bereits gelegentlich der diesjährigen Hauptversammlung durch eine Versammlung von Vertretern aller Provinzen geschehen.

Die Vereinsmitglieder einer jeden Provinz werden daher gebeten, aus ihrer Mitte einen Vertreter und dessen Stellvertreter in der Weise zu wählen, daß sie bis zum **10. August ds. Js.** dem Schriftführer des Vereins, Herrn Med.-Rat Dr. **Bundt** in **Halle a. S.**, durch Einsendung eines mit Wohnort und Namensunterschrift versehenen Stimmzettels die gewünschten Herren Kollegen benennen. Der Vorstand wird das Ergebnis der Wahl feststellen und bekannt geben.

Der Bezirk Marienwerder wählt mit der Provinz Ostpreußen, der Bezirk Schneidemühl mit der Provinz Pommern, der Bezirk Sigmaringen mit der Rheinprovinz.

Jena, den 27. Juni 1921.

Der Vorsitzende

Dr. Wodtke.

Verantwortlich für die Schriftleitung: Prof. Dr. Rapmund, Geh. Med.-Rat in Lippspringe.
Druck von J. C. C. Bruns, Minden i. W.

34. Jahrg. Nr. 14 — 20. Juli 1921

ZEITSCHRIFT FÜR MEDIZINALBEAMTE

Zentralblatt

für das gesamte Gebiet der gerichtlichen Medizin und Psychiatrie, des staatlichen und privaten Versicherungswesens, sowie für das Medizinal- und öffentliche Gesundheitswesen, einschl. der praktischen und sozialen Hygiene.

Herausgegeben von

Prof. Dr. Otto Rapmund
Geh. Med.-Rat in Bad Lippspringe.

Offizielles Organ des Deutschen, Preussischen, Bayerischen, Sächsischen, Württembergischen, Badischen, Hessischen, Mecklenburgischen, Thüringischen und Braunschweigischen Medizinalbeamtenvereins.

Eine Beilage: Rechtsprechung und Medizinalgesetzgebung

Bezugspreis für das Jahr: 30 M, durch die Post bezogen: 32 M.

VERLAG VON FISCHER'S MEDIZ. BUCHHANDLUNG H. KORNFELD, Berlin W. 62, Keithstraße 5.

INHALT.

Geschäftsstelle und Versand für die Mitglieder des Medizinalbeamtenvereins durch J. C. C. BRUNS, Buchdruckerei, MINDEN i. WESTF.

Alleinige Anzeigen-Annahme und verantwortlich für den Anzeigenteil: HANS PUSCH, BERLIN SW. 48, Wilhelmstraße 28.

Personalien.

Deutsches Reich und Preussen.

Ernannt: Die Mitglieder des Reichsgesundheitsamts: Geh. Reg.-Räte Dr. Goetzke, Prof. Dr. Rost, Dr. Breger, Dr. Titze, Prof. Dr. Schuberg, Dr. Beck, Dr. Burkhardt, Prof. Dr. Spitta und Dr. Günther sowie die Reg.-Räte Dr. Auerbach, Prof. Dr. Lange, Dr. Anselmino, Dr. Bogusat und Prof. Dr. Gildemeister zu Oberregierungsräten; Kreisassistenzarzt Dr. Meyer, kommissarischer Kreisarzt in Warburg, zum Kreisarzt daselbst, Dr. Thilo, kommissarischer Kreisarzt in Soldin, zum Kreisarzt daselbst, Dr. Todt in Wetzlar zum Gerichtsarzt in Duisburg, Kreisassistenzarzt Dr Heinecke in Frankfurt a. M. zum kommissarischen Kreisarzt in Wipperförth, Kreisassistenzarzt Dr. Bräuler in Soltau zum kommissarischen Kreisarzt in Uelzen, Kreisassistenzarzt Dr. Thiele in Uelzen zum kommissarischen Kreisarzt in Arnswalde, Dr. G. Schaede zum Assistenten bei dem Medizinaluntersuchungsamt in Halle a. Saale.

Uebertragen: Die Geschäfte des Kreisarztes des Stadtkreises Düsseldorf dem Kreisarzt Dr. Fuerth, Direktor des dortigen Medizinaluntersuchungsamt.

Versetzt: Med.-Rat Dr. Bekker, Kreisarzt in Uelzen nach Bassum (Reg.-Bez. Hannover).

In den Ruhestand getreten: Med.-Rat Dr. Witting in Klein-Maßow, zuletzt Kreisarzt in Thorn.

Gestorben: Geh. Med.-Rat Dr. Broll, Kreisarrzt in Pleß, Kreisarzt Dr. Stoffels in Köln a. Rh.

Bayern.

Ernannt: Apothekenbesitzer R. Mayer in München zum Mitglied des Kreismedizinalausschusses in Oberbayern.

Sachsen.

Ernannt: Prof. Dr. Albert, leitender Arzt der Abteilung für Frauenkrankheiten im Stadtkrankenhause Dresden-Friedrichstadt und Prof. Dr. Heiduschka, Direktor der Landesstelle für öffentliche Gesundheitspflege in Dresden zu ordentlichen Mitgliedern der I. Abteilung des Landesgesundheitsamtes.

Württemberg.

Befördert auf Grund des Besoldungsgesetzes: Med.-Rat Dr. Gnant, Fachberichterstatter im Ministerium, zum Ob.-Med.-Rat, die Oberamtsärzte und tit. Med.-Räte Dr. Bubenhofen in Vaihingen, Dr. Heller in Backnang, Dr. Kommerell in Canstatt, Dr. Maisch in Oehringen, Dr. Mißmahl in Riedlingen, Dr. Pfäfflin in Nürtingen, Dr. Staudemeyer in Ludwigsburg, Dr. Steinbrück in Reutlingen zu Medizinalräten.

Baden.

Ernannt: Dr. Römer, stellvertretender Direktor an der Heil- und Pflegeanstalt in Konstanz zum Ob.-Med.-Rat im Ministerium des Innern, Dr. Hummel, Ob.-Med.-Rat im Ministerium des Innern zum Bezirksarzt in Staufen.

Erledigte Stellen.

Preussen.

Die **vollbesoldeten Kreisarztstellen in Perleberg, Freienwalde** und **Hamm** sowie die **nichtvollbesoldeten** Kreisarztstellen in **Borken** und **Ortelsburg.** Bewerbungen sind bis zum 1. August 1921 an das Ministerium für Volkswohlfahrt in Berlin W. 66, Leipziger Straße 3, durch Vermittlung des für den Wohnort des Bewerbers zuständigen Herrn Regierungspräsidenten (in Berlin des Herrn Polizeipräsidenten) einzureichen.

34. Jahrg. Zeitschrift 1921.

für

MEDIZINALBEAMTE

Zentralblatt

für das gesamte Gebiet der gerichtlichen Medizin und Psychiatrie, des staatlichen u. privaten Versicherungswesens, sowie für das Medizinal- u. öffentliche Gesundheitswesen, einschl. der prakt. u. sozialen Hygiene

Herausgegeben
von

Prof. Dr. Otto Rapmund
Geh. Med.-Rat in Bad Lippspringe.

Offizielles Organ d. Deutschen, Preußischen, Bayerischen, Sächsischen, Württembergischen, Badischen, Hessischen, Mecklenburgischen, Thüringischen u. Braunschweigischen Medizinalbeamtenvereins

Verlag von Fischer's med. Buchhandlung H. Kornfeld
Herzogl. Bayer. Hof- u. K. u. K. Kammer-Buchhändler
Berlin W. 62, Keithstrasse 5

Nr. 14. | Erscheint am 5. und 20. jeden Monats | 20. Juli.

Ueber Sterbehilfe (Euthanasie).

Von Med.-Rat Dr. Heyn-Dresden,
Hilfsarbeiter im Sächsischen Ministerium des Innern.

„Es braucht nicht der eine dasselbe für Recht zu halten wie der andere . . .“
(Moll, Aerztliche Ethik.)

Der Begriff Sterbehilfe (Euthanasie) wird zurzeit in verschiedenem Sinne gebraucht. Ehe wir deshalb auf den Gegenstand selbst näher eingehen, werden wir zunächst eine möglichst scharfe Begriffsbestimmung zu geben haben.

Schon die Verdeutschung von Euthanasie mit „Sterbehilfe“ ist mehrdeutig. Mit der ähnlich lautenden „Wochenhilfe“ z. B. verbinden wir die ganz andere Vorstellung einer Beihilfe mit Geld oder ähnlichen Unterstützungen. Anderseits wieder entspricht die „Sterbehilfe“ gut der „Geburtshilfe“. Schlecht ist natürlich die Verdeutschung von Euthanasie mit „Todeslinderung“, da man ja nicht den Tod, sondern nur das Sterben lindern kann. Nothnagel (1) übersetzt mit „die Kunst, sanft sterben zu lassen“. Eine bessere Verdeutschung von Euthanasie als mit „Sterbehilfe“ ist schwer zu geben und da sich der Aus-

druck einmal eingebürgert hat, werden wir es dabei bewenden lassen können.

Abgesehen von der erwähnten, in der Verdeutschung des Wortes selbst liegenden Mehrdeutigkeit, wird aber auch der Begriff selbst noch in verschiedenem Sinne gebraucht und zwar gilt es hierbei zwei verschiedene Auslegungen von Anfang an scharf auseinanderzuhalten, da sie in ihrer Bedeutung erheblich voneinander abweichen.

Betrachten wir zunächst die Sterbehilfe im engeren, meist gebrauchten Sinne. Der Zusammensetzung des Wortes entsprechend wäre der Begriff dahin zu zergliedern, daß es sich erstens um einen Sterbenden handelt, das Sterben also schon begonnen hat, und zweitens, daß Hilfe hierbei geleistet wird.

Nach Nothnagel (1) verstehen wir unter „Sterben" diejenige Phase im Dasein des Organismus, in der die Lebensäußerungen der Körpersubstanz entweder schrittweise immer mehr abnehmen, bis sie ganz aufhören oder auch plötzlich so stark gehemmt werden, daß sie völlig erlöschen. Wir müssen dabei zugeben, daß wir den Beginn des Sterbens nicht immer genau werden feststellen können. Immerhin gibt es für den Arzt genügend Anhaltspunkte, die ein für die Praxis ausreichend sicheres Urteil hierüber ermöglichen, so daß wir an der Einführung des Begriffs „Sterben" in die „Sterbehilfe" zunächst weiter keinen Anstand zu nehmen brauchen. Wesentlich für den hier gebrauchten Begriff der Sterbehilfe ist vor allem, daß das Leben schon zu erlöschen beginnt.

Was dann die „Hilfe" anlangt, so liegt es im Begriff selbst, daß sie nicht etwas Primäres, sondern Sekundäres ist; denn wenn ich jemand bei einer Handlung oder einem Vorgang „helfe", so unterstütze ich ihn nur hierbei, andernfalls würde ich ja die Hauptarbeit leisten und der andere mir helfen. Es ist weiter — und das ist für uns besonders wichtig — ein Merkmal der Hilfe, daß ihre Betätigung die Zustimmung desjenigen, dem wir helfen wollen, verlangt oder mindestens stillschweigend voraussetzt, sonst wäre es ja keine Hilfe, sondern ihr Gegenteil. Es ist deshalb endlich mit dem Begriff „Hilfe" auch etwas Willkommenes, Angenehmes verknüpft.

Legen wir den Begriff Sterbehilfe in dieser Weise aus, so würden wir darunter also die einem Sterbenden mit seiner ausdrücklich ausgesprochenen, in Wirklichkeit meist nur stillschweigend angenommenen Zustimmung gewährte Hilfe beim Sterben zu verstehen haben. Zumeist wird mit diesem Begriff der Sterbehilfe noch die Annahme verknüpft, daß die gewährte Hilfe eine Abkürzung der Leiden und damit also auch der Lebenszeit des Sterbenden, wenn auch in noch so geringem Grade, bewirkt und sich nicht etwa nur auf die Anwendung bloß schmerzstillender Mittel ohne gleichzeitig ersetzende Wirkung der in der Krankheit selbst liegenden Todesursache beschränkt. Dies betont auch Binding (2), der unter Sterbehilfe die Verdrängung der schmerzhaften, vielleicht auch noch länger dauern-

den, in der Krankheit wurzelnden und unwiderruflich gesetzten Todesursache, deren Vernichtung nicht mehr gelingen kann, durch eine andere von der gleichen Wirkung, die die Schmerzlosigkeit vor ihr voraus hat, versteht. Die Lage des Kranken oder Verwundeten[1]) ist nach ihm dabei so, daß dem Kranken oder Verwundeten der Tod von der Krankheit oder der Wunde, die ihn quält, sicher und zwar alsbald bevorsteht, so daß der Zeitunterschied zwischen dem infolge der Krankheit vorauszusehenden und dem durch das untergeschobene Mittel verursachten Tode nicht in Betracht fällt. Nach Binding kann dann von einer spürbaren Verringerung der Lebenszeit der Verstorbenen überhaupt nicht oder höchstens nur von einem beschränkten Pedanten gesprochen werden. Nur komme es dabei auf die Einwilligung des Kranken gar nicht einmal an. Natürlich dürfe die Handlung nicht seinem Verbot zuwider vorgenommen werden, aber in sehr vielen Fällen würden augenblicklich Bewußtlose Gegenstand dieses heilenden Eingriffs sein müssen.

Es sei schon hier bemerkt, daß man sich den Ausführungen Bindings in dem zuletzt genannten Punkte wohl kaum anschließen kann, worauf später noch zurückzukommen sein wird.

Nicht zur Sterbehilfe im eigentlichen engeren Sinne würden wir also die kleinen Erleichterungen zu rechnen haben, die unser Krankenpflegepersonal dem Sterbenden in seinen letzten Nöten zu gewähren pflegt, wie bequeme Lagerung, Zufuhr frischer Luft, Einflößen von Getränken usw.

Umgekehrt können wir es auch nicht als Sterbehilfe bezeichnen, wenn der Arzt durch Unterlassen der Anwendung lebens- und damit qualverlängernder Mittel (Kampher usw.) das unvermeidbare Ende nicht hinauszuschieben versucht. Lebensverlängernde Maßnahmen dieser Art bei Sterbenden sind meist nur eine unnötige Quälerei, vergleichbar jenem noch heute in manchen Ländern üblichen und für eine der schwersten Strafen geltenden andauernden Immerwiederaufwecken eines Todmüden im Augenblick des Einschlafens durch einen eigens hierzu aufgestellten Wächter. Insofern bedeutet die Nichtanwendung lebensverlängender Mittel zwar auch eine Wohltat für den Sterbenden, aber mit dem Begriff der Sterbehilfe verbinden wir eben doch den des aktiven Handelns und nicht bloß passiven Geschehenlassens. Höchstens könnte man von „passiver" Sterbehilfe sprechen.

Da wir ferner ausschlaggebendes Gewicht darauf legen müssen, daß die Sterbehilfe schmerzlos (εὖ) erfolgt, werden wir auch das von manchen Völkern des Altertums geübte Verfahren, ihre Verwundeten niederzumachen, um ihnen den qualvollen Tod an ihren Wunden zu ersparen, nicht als solche be-

[1]) Alles im folgenden von unheilbar Kranken Gesagte gilt natürlich auch von unheilbar Verwundeten. Der Kürze halber ist immer nur von Kranken die Rede. — D. V.

zeichnen können, ebensowenig die im alten Indien übliche Sitte, nach der die Verwandten den unheilbar Kranken an das Ufer des Ganges geleiteten, um ihm dort Mund und Nase mit dem heiligen Schlamm zu verstopfen und ihn dann in den Fluß zu werfen (Weressájew [3]). Die grausame Art, den Kranken durch Ersticken zu töten, war übrigens manchen Orts bis in die neuere Zeit üblich. Noch im Jahre 1777 mußte in Metz ein strenges Verbot erlassen werden, den Sterbenden Mund und Nase zu verstopfen oder fest zuzubinden, um ihren Todeskampf zu beenden (Samuel [4]).

Gegenüber dieser Auffassung der Sterbehilfe haben nun einzelne den Begriff aber auch weiter gefaßt und zwar für einen Teil des großen Gesamtgebiets, das in letzter Zeit Binding-Hoche (2) in ihrer Schrift „Die Freigabe der Vernichtung lebensunwerten Lebens“ behandelt haben.

Zu diesem großen Gesamtgebiete würde z. B. die im Altertum oft geübte Tötung der eignen Verwundeten gehören, soweit sie zu dem Zwecke erfolgte, dem Staate die ihm durch einen Krüppel entstehenden Lasten zu ersparen. Der gleiche Gedanke veranlaßt noch heute halb- und ganzwilde Völker, ihre alten Leute totzuschlagen, weil sie für den Stamm unnütz und nur noch zum Auffressen gut genug erscheinen. So sollen bei einigen australischen Stämmen die Alten ihr natürliches Ende darin sehen, getötet und aufgefressen zu werden (Ughetti [5]).

Ferner gehört hierher die Tötung unheilbarer, aber sonst körperlich gesunder Geisteskranker und von Geburt an Blödsinniger (Binding-Hoche). Vor allem endlich aber die uns hier am meisten interessierende große Gruppe der schwer leidenden Kranken, die zwar unrettbar dem Tode entgegensiechen, bei denen aber vom Beginn des eigentlichen Sterbens noch nicht gesprochen werden kann, wobei zunächst dahingestellt bleiben möge, ob ihre Beseitigung auf eignen dringenden Wunsch nach Beendigung ihrer Qualen erfolgen soll oder aus allgemeinen sozialen Gründen.

Für diese unheilbaren, schwerleidenden Kranken hat man den Begriff Sterbehilfe auch in dem Sinne gebraucht, daß man darunter die Tötung dieser Kranken, aber noch nicht eigentlich Sterbenden, auf ihr eigenes ausdrückliches Verlangen nach Beendigung ihrer Leiden versteht.

Für welche der beiden Auslegungen des Begriffs Sterbehilfe soll man sich entscheiden?

Zu dem von Binding (2) gegebenen Begriff der Sterbehilfe ist folgendes zu bemerken. Er sagt: Die Lage des Kranken oder Verwundeten ist so, daß ihm der Tod von der Krankheit oder Wunde, die ihn quält, sicher und zwar alsbald bevorsteht, so daß der Zeitunterschied zwischen dem infolge der Krankheit vorauszusehenden und dem durch das untergeschobene Mittel verursachten Tode nicht in Betracht fällt und von einer spürbaren Verringe-

rung der Lebenszeit der Verstorbenen überhaupt nicht oder nur von einem beschränkten Pedanten gesprochen werden kann.

Es wird hier also ein Zeitbegriff eingeführt, in dem vorausgesetzt wird, daß der Tod „alsbald“ bevorsteht. Die Einführung eines solchen Zeitbegriffs muß aber zu Unsicherheit führen. Man wird schon verschiedener Meinung darüber sein können, was unter dem „alsbaldigen“ Eintritt des Todes verstanden werden soll. Der eine wird darunter nur wenige Minuten, der andere Stunden, vielleicht sogar Tage verstehen. Auch die von Binding gegebene Erläuterung, wonach der Zeitunterschied zwischen dem Eintritt des durch das verabreichte Mittel gesetzten und dem ohne dieses eingetretenen Todes als so gering anzunehmen sein soll, daß von einer spürbaren Verringerung der Lebenszeit überhaupt nicht oder höchstens von einem beschränkten Pedanten gesprochen werden könne, ist unbestimmt. Schließlich handelt es sich auch bei der ganzen Angelegenheit um so schwerwiegende Dinge, daß selbst Pedanterie nicht ohne weiteres zu tadeln sein würde.

Abgesehen von diesem „alsbald“ muß die Einführung eines Zeitbegriffs in die Auslegung der Sterbehilfe aber auch noch deshalb leicht zu Unzuträglichkeiten führen, weil wir in gar nicht seltenen Fällen den Zeitpunkt des Eintritts des Todes ja überhaupt nicht mit Sicherheit voraussehen können. Auch der erfahrene Arzt erlebt in dieser Hinsicht immer wieder einmal Ueberraschungen, indem sich ein Kranker, dessen Ableben er für „alsbald“ bevorstehend hält, plötzlich nochmals erholt und noch längere Zeit am Leben bleibt. Nach alledem erscheint es unzweckmäßig, in die Auslegung der Sterbehilfe einen Zeitbegriff einzuführen, dessen mindestens einen Endpunkt, den Eintritt des Todes, wir nicht mit Sicherheit bestimmen können.

Wartet aber der vorsichtig abwägende Arzt mit der Einleitung der Sterbehilfe solange, bis das Auftreten von Auflösungserscheinungen jeden Zweifel über den unmittelbar bevorstehenden Tod ausschließt, so wird der Kranke, dessen Bewußtsein dann meist bereits getrübt oder oft auch schon völlig erloschen ist, überhaupt keine wesentliche Erleichterung von einer Sterbehilfe mehr haben und diese also überflüssig sein.

Wir werden uns deshalb also lieber nach einem anderen Maßstab umsehen, der uns ein sichereres Urteil darüber ermöglicht, ob der Zeitpunkt für eine Sterbehilfe gekommen ist.

Wir fassen hierzu den Begriff Sterbehilfe, wie dies einzelne bereits tun, weiter, indem wir darunter nicht mehr nur die Hilfe beim Sterben, sondern vor allem auch zum Sterben verstehen, d. h. die Herbeiführung des Todes bei einem unrettbar verlorenen, aber noch nicht eigentlich sterbenden Kranken. Wir betreten damit, wie erwähnt, das große Gebiet der „Freigabe der Vernichtung lebensunwerten Lebens“ und erinnern uns, daß es sich bei der Sterbehilfe in dem zuerst genannten Sinne darum handelte, in Uebereinstimmung mit dem

ausdrücklichen Willen des Kranken oder mindestens der begründeten stillschweigenden Annahme seiner Zustimmung bei einem bereits im Ablauf befindlichen Vorgang nur nachzuhelfen. Wir werden also mit der Sterbehilfe im weiteren Sinne, wie ich sie ausgelegt haben möchte, das Sterben im Einklang mit dem Willen des Kranken erst einleiten, also Hilfe zum Sterben leisten, wobei die Krankheit und der Wunsch des Kranken nach dem Tode das Primäre, Hauptsächliche, Ausschlaggebende, unsere zur Erfüllung dieses Wunsches gewährte Hilfe wiederum nur das Sekundäre sein würde.

Halten wir streng daran fest, daß die Sterbehilfe in diesem weiteren Sinne das ausdrückliche Verlangen des Kranken nach dem Tode zur unbedingten Voraussetzung hat, so bleibt ohne weiteres die große Gruppe aller der Kranken außer Betracht, die keine freie Willensbestimmung haben. Es sei also ausdrücklich betont, daß die Tötung unheilbar Geisteskranker, von Geburt an Blödsinniger usw. für den Begriff Sterbehilfe ausscheidet. Wer sich über diese Frage näher unterrichten will, lese die Schrift von Binding-Hoche (2). Als Nichtfacharzt möchte ich mich jeder persönlichen Stellungnahme zu diesem Gegenstande enthalten und nur bemerken, daß wir infolge des Kriegs voraussichtlich im nächsten Jahrzehnt mit einer erheblichen Zunahme der postsyphilitischen Geisteskrankheiten und insbesondere der Paralyse werden rechnen müssen, wofür schon jetzt Anzeichen vorliegen. Der ärztliche Direktor einer Idiotenanstalt, der früher auf einem anderen Standpunkte stand, teilte mir vor kurzem mit, daß er sich nunmehr doch von dem Widersinn, der in der aufopfernden Pflege und Erhaltung des Lebens jedes seiner Anstaltsinsassen liege, überzeugt habe. Auf Grund reicher Erfahrungen an seinen Kranken sei auch er jetzt zu der Ansicht gelangt, daß ein langsames Hinsiechenlassen schwer körperlich leidender Idioten sowohl ein Verbrechen gegen sie selbst, als auch gegen die Menschheit und mit ärztlicher Humanität und Fürsorge unvereinbar sei.

Hierzu möchte ich noch darauf hinweisen, welche Unmenge von aufopfernder Pflege, Zeit und — Geld für die Erhaltung solcher „Menschenhülsen" (Hoche) aufgewendet wird, während z. B. auf dem Lande nicht wenige vollwertige Existenzen nur aus Mangel an sachgemäßer Pflege zu Grunde gehen. Die selbstlose aufopfernde Fürsorge für unheilbar Kranke und Sieche, die für die menschliche Gesellschaft nur eine Last bedeuten, darf als eine der schönsten Blüten der christlichen Nächstenliebe gelten, aber ihre unterschiedslose Betätigung auf Grund einer absoluten Ethik (s. später) hat schließlich zu einer Ueberspannung des Humanitätsbegriffs geführt, für den die Zukunft wohl engere Grenzen ziehen wird als bisher.

Für uns bleibt also nur die große Gruppe derjenigen unheilbaren, unter großen Qualen dem Tode entgegensiechenden Kranken übrig, die selbst den dringenden Wunsch nach dem Tode haben.

Wann soll bei diesen der Zeitpunkt für die Einleitung der Sterbehilfe gekommen sein? Es wurde oben gezeigt, daß die Einführung eines Zeitbegriffs zu Unsicherheit führt. Wir werden zweckmäßiger die Gesamtlage des Kranken ins Auge fassen, um zu einem Urteil zu gelangen, ob eine Sterbehilfe angezeigt erscheint.

Zur Kennzeichnung dieser Gesamtlage scheint mir die von Jost (6) gegebene Auslegung gut geeignet zu sein. Nach ihm kann jemand in die Lage kommen, „in der das, worin er seinen Mitmenschen noch nützen kann, ein Minimum, das aber, was er unter seinem Leben noch zu leiden hat, ein Maximum" ist.

Ich möchte deshalb den Begriff Sterbehilfe im weiteren Sinne dahin auslegen:

„Sterbehilfe im weiteren Sinne ist die durch äußere Eingriffe herbeigeführte schmerzlose Verkürzung des Lebens eines dauernd unter großen körperlichen Qualen leidenden, unrettbar dem Tode verfallenen Kranken oder Verwundeten auf sein ausdrückliches Verlangen.

Ihre Einleitung soll dann gestattet sein, wenn die Lage des Kranken oder Verwundeten derart geworden ist, daß das, worin er seinen Mitmenschen noch nützen kann, ein Minimum oder negativ, das aber, was er unter seinem Leben noch zu leiden hat, ein Maximum ist (Jost).

Ob dieser Zeitpunkt eingetreten ist, unterliegt im Einzelfalle einzig und allein dem Urteil des Kranken oder Verwundeten."

Man kann dem entgegenhalten, daß eine solche Auslegung der Sterbehilfe in einem weiteren Sinne die Herbeiführung des Todes bei einem Sterbenden unter Umständen ausschließen kann, indem diese Sterbehilfe ja das ausdrückliche Verlangen des Kranken nach Tötung zur unbedingten Voraussetzung hat, während der in der Agonie Liegende dieses Verlangen vielleicht nicht mehr klar äußern kann. Letzterer würde dann also einer Sterbehilfe in unserem Sinne auch nicht teilhaftig werden können und damit, obwohl dem Tode viel näher, schlechter gestellt sein wie ein anderer unheilbar Kranker, der noch eine längere Lebensspanne vor sich hat, seinen Wunsch nach dem Tode aber klar zu äußern vermag. Das ist richtig, aber praktisch ohne Bedeutung, denn in einem solchen Falle wird es einer Sterbehilfe oft überhaupt nicht mehr bedürfen, da das Bewußtsein dann meist bereits stark getrübt oder auch schon völlig erloschen sein wird. Und die Fälle, in denen ein Kranker bei vollem Bewußtsein zwar den Wunsch nach dem Ende hat, ihn der Art seines Leidens oder allgemeiner Schwäche wegen aber nur nicht klar äußern kann, dürften wegen ihrer Seltenheit praktisch ebenfalls bedeutungslos sein, ganz abgesehen davon, daß dann auch das Leiden selbst wohl stets nur noch kurze Zeit dauern wird.

„Die volle Achtung des Lebenswillens aller, auch der kränkesten und gequältesten und nutzlosesten Menschen" (Binding [2]) schließt also für die Sterbehilfe im weiteren Sinne jede Tötung einer bewußtlosen, z. B. verunglückten Person aus und zwar auch dann, wenn letztere aus ihrer Bewußtlosigkeit nur noch auf Augenblicke und nur zu größten Martern erwachen kann (Aufsetzung oder Aenderung eines letzten Willens!). Zweifelhaft könnte die Entscheidung nur bei bewußtlosen Selbstmördern werden. Ist der Selbstmordversuch wegen unheilbaren schmerzhaften Leidens unternommen worden, so wird man keine Bedenken zu tragen brauchen, dem Gequälten mindestens durch „passive", unter Umständen auch durch „aktive" Sterbehilfe seinen Wunsch zu erfüllen, da dann kein Zweifel am Verlangen des Kranken, erlöst zu werden und der Berechtigung dieses Wunsches bestehen kann. Liegt unheilbares qualvolles Leiden nicht vor, was im Einzelfalle zu entscheiden unter Berücksichtigung aller Umstände kaum besondere Schwierigkeiten machen kann, so wird man alles aufbieten müssen, das Leben zu erhalten.

Binding (2) erscheint es unnötig, daß das Verlangen nach dem Tode aus unerträglichen körperlichen Schmerzen entspringt. Seiner Ansicht nach verdient auch die schmerzlose Hoffnungslosigkeit das gleiche Schicksal. Dem kann man wohl kaum zustimmen. Es soll nicht in Abrede gestellt werden, daß auch schmerzlose Hoffnungslosigkeit das Leben ebenso lebensunwert machen kann wie schweres körperliches Leiden, doch wird sie sehr häufig als geistige Störung aufzufassen sein, die eine freie Willensbestimmung, wenn auch nicht völlig ausschließt, so doch beeinträchtigt, womit sie für unsere Betrachtung ausscheidet. Soweit man aber bei geistig völlig Gesunden von schmerzloser Hoffnungslosigkeit sprechen will, kann die sie bedingende Ursache durch rein äußerliche Zufälligkeiten plötzlich in Wegfall kommen und damit sich auch die Entschließung des über sein Leben Verfügenden rasch ändern.

In welchen Fällen, insbesondere bei welchen Krankheiten, soll die Einleitung der Sterbehilfe im weiteren Sinne gestattet sein? Obenan stehen hier die beiden schlimmsten Geißeln der Menschheit, der Krebs und die Tuberkulose. Wer die unsagbaren Qualen eines an Zungen- oder Mastdarmkrebs Leidenden mit erlebt hat, wird zum mindesten in der Theorie Anhänger der Sterbehilfe sein, wie denn überhaupt die Frage gewöhnlich erst dann an einen Menschen in ihrer ganzen Tragik herantritt, wenn er in die Lage kommt, für sich selbst oder einen geliebten Angehörigen die Erlösung herbeizusehnen.

Ebenso schwer wie Krebskranke leiden viele Tuberkulöse im Endzustand. Ohne Anspruch auf Vollständigkeit in der Aufzählung der sonst noch in Frage kommen Krankheiten zu erheben, seien noch genannt schwere dekompensierte Herzleiden, schwere Nierenleiden, schwere Zuckerharnruhr, besonders in

Verbindung mit Tuberkulose und Brand, Rückenmarksdarre im letzten Stadium, besonders mit Krisen, an sich zwar gutartige, wegen ihres Sitzes aber inoperable, mit großen Schmerzen verbundene Geschwülste des Gehirns, Altersbrand, schwere Verletzungen u. a.

Nicht für Sterbehilfe in Frage kommen würden Neuralgien, die, wenn sie auch den Wert des menschlichen Lebens auf ein Minimum herabsetzen können, doch an sich nicht zum Tode führen und damit eine der wesentlichsten Voraussetzungen für die Einleitung einer Sterbehilfe vermissen lassen.

Man wende nicht ein, daß eine gesetzlich geregelte Sterbehilfe praktisch keine große Bedeutung haben werde, weil bei der verhältnismäßig geringen Zahl der hierfür in Betracht kommenden Krankheiten und der noch weiteren Einengung durch die unbedingt zu verlangende vollkommen gesicherte Diagnose nur wenig Fälle dafür übrig bleiben würden. Schon die Häufigkeit von Krebs und Tuberkulose lassen ein solches Bedenken grundlos erscheinen.

Die Einleitung der Sterbehilfe wird am zweckmäßigsten dnrch den Arzt erfolgen. Bei dem angeblichen Widerstand vieler Aerzte hiergegen, über den noch einiges zu sagen sein wird, hat man zwar auch gemeint, daß es ja nicht unbedingt der Arzt sein müsse, doch kommen andere Personen wohl kaum in Frage. Angehörigen des Kranken wird man die Sterbehilfe schon aus rechtlichen Bedenken nicht anvertrauen können. Wer aber soll sie sonst vornehmen? Ihre Ausführung etwa einzelnen bestimmten Persönlichkeiten oder Aerzten vorzubehalten, darf für ausgeschlossen gelten, da bei einer solchen Privilegierung den damit bevorrechteten Personen in den Augen der Bevölkerung leicht ein Makel ähnlich dem eines Henkers anhaften würde. Die Zuziehung des Arztes wird aber auch schon für die Auswahl der bei der Sterbehilfe anzuwendenden Mittel notwendig sein, da auch die Sterbehilfe wie jede andere Behandlung unter Umständen einer gewissen Individualisierung bedürfen kann (besonders kräftiges Herz usw.) Es bleibt also schließlich doch nur der Arzt oder mindestens seine mittelbare Mitwirkung übrig.

Auf die für die Ausführung der Sterbehilfe in Frage kommenden Mittel selbst braucht hier im einzelnen nicht näher eingegangen zu werden. Da die gewaltsamen gröberen Todesarten selbstverständlich außer Betracht bleiben müssen, bleibt nur die Anwendung von Gift übrig. Der modernen Chemie stehen aber soviele sicher und schmerzlos wirkende Mittel (Opiumpräparate, Harnstoffabkömmlinge, Chloralhydrat, Blausäure u. a.) zur Verfügung, daß die Sterbehilfe jedenfalls an dieser Frage nicht zu scheitern braucht.

Ebenfalls nur mit wenigen Worten sei hier angedeutet, wie sich das Verfahren im einzelnen abspielen könnte. Im übrigen hat sich mit der Frage, wie es in juristischer Hinsicht zu gestalten sein würde, der Gesetzgeber und nicht der

Arzt zu befassen. Der erste mir bekannte, ohne juristischen Beirat gefertigte und deshalb vom Verfasser selbst als mangelhaft bezeichnete Entwurf eines Gesetzes über Sterbehilfe stammt von einem in der Auflösung befindlichen jungen Tuberkulösen, der sich in erschütternden Worten über die ihm versagte Sterbehilfe beklagt (Gerkan [7]). Aus diesem Gesetzentwurf sei hier nur erwähnt, daß die Feststellung des Rechtes auf Sterbehilfe auf ein entsprechendes Gesuch des Kranken an die zuständige Gerichtsbehörde erfolgen und das Gericht spätestens eine Woche nach Eingang des Gesuchs eine Untersuchung des Kranken durch den Gerichtsarzt und zwei zuständige Fachärzte veranlassen soll, wobei auf Wunsch des Kranken auch noch weitere Aerzte zugezogen werden können. Dem wäre wohl noch hinzuzufügen, daß der behandelnde Arzt selbst nicht Mitglied dieses Konsils sein dürfte. Er wäre aber gesetzlich zu verpflichten, mit Zustimmung des Kranken jede gewünschte Auskunft über den Verlauf der Krankheit und den sonstigen Zustand des Kranken zu geben. Es würde ferner zu fordern sein, daß unter den beteiligten 3 Aerzten volle Einstimmigkeit in der Diagnose und zugleich in dem Urteil über die geistige Gesundheit des Kranken herrscht. Dagegen würde dieser Kommission kein ausschlaggebendes Urteil darüber einzuräumen sein, ob die Leiden des Kranken tatsächlich unerträglich und die Einleitung der Sterbehilfe deshalb gerechtfertigt erscheine. Die Entscheidung hierüber müßte vielmehr einzig und allein dem Kranken selbst vorbehalten bleiben.

Es wird kaum zu umgehen sein, diese Kommission noch durch einen Juristen zu ergänzen, dem es obliegen würde, die Durchführung aller gesetzlichen Vorschriften zu überwachen, bei dem letzten Akte der Tragödie selbst mit anwesend zu sein und eine Niederschrift über die ganze Handlung aufzunehmen.

Dieser Apparat erscheint zunächst etwas umständlich und kostspielig. Vielleicht läßt er sich auch einfacher und ebenso sicher gestalten. Jedenfalls brauchte die Sterbehilfe nicht an juristischen Schwierigkeiten zu scheitern.

Erwähnt sei, daß die ganze Frage schon einmal einer gesetzgebenden Körperschaft vorgelegen hat und zwar dem sächsischen Landtag im Jahre 1902 (8). Damals hatte ein Berginvalide eine Eingabe folgenden Wortlauts eingebracht:

„Wenn ein alter, kranker oder unheilbar dahinsiechender Mensch den Wunsch hat, von seinem Leiden erlöst zu werden, möge auf dessen, vor unparteiischen Zeugen festgestellten Wunsch dem Arzte gestattet sein, diesem Wunsch zu willfahren."

Der damalige Berichterstatter erwähnte hierbei auch einen Aufsatz des preußischen Oberlandesgerichtsrats Wilutzky (9), in dem dieser sich folgendermaßen geäußert hatte:

„Wie oft wird dem Arzte der nämliche fürchterliche Anblick geboten werden. Er muß die entsetzlichsten, hoffnungslosesten Qualen mit ansehen, er weiß, daß hier ein Todestrank das einzige, wahre Heilmittel gegen das nicht mehr lebenswerte Leben (vita non jam vitalis) wäre und er darf nicht helfen. Bei Strafe der schwersten Verbrecher! . . . . . Man kann verschiedener An-

sicht sein, ob es nützlich und ratsam ist, Idioten und Krüppel mit liebevollster Fürsorge zu unterhalten und aufzuziehen, als ob sie der Mutter Menschheit liebste Kinder wären. Ich enthalte mich der Beurteilung in Fragen, über deren Lösung weisere Männer vergeblich nachgesonnen haben. Aber das eine weiß ich genau, daß es eine fürchterliche Grausamkeit ist, die nutzlosen Todesqualen eines Menschen geflissentlich zu verlängern. Es ist bei der Kunst unserer Aerzte dahin gekommen, daß man heutzutage nicht so sehr den Tod, als das Sterben (Zutodegemartertwerden durch langsames Erlöschen des letzten Lebensodems) fürchten muß."

Der erwähnten Eingabe wurde damals im sächsischen Landtag nicht weiter stattgegeben. Neue Eingaben an den Reichstag stehen meines Wissens bevor. (Schluß folgt).

Krankenhausinfektionen.

Von Reg.- und Med.-Rat Dr. Rathmann in Potsdam.

Im Jahre 1919 wurden im Regierungsbezirk Potsdam einwandfrei 216 Krankenhausinfektionen mit 20 Todesfällen beobachtet:

135 Erkrankungen mit 15 Todesfällen betrafen Patienten,
58 " " 3 " " Schwestern,
23 " " 3 " " das Hilfspersonal.

Zu der Infektion des Hauspersonals wurden u. a. gerechnet die tödliche Infektion eines Desinfektors mit Fleckfieber, eine tödlich verlaufene Typhuserkrankung in der Familie einer im Krankenhaus beschäftigt gewesenen Waschfrau, sowie eine ebenfalls tödlich verlaufene Pockenerkrankung bei dem Vater eines im Krankenhause zu B. beschäftigt gewesenen Hausdieners. Dieser hatte sich allabendlich nach Hause zu seinen Eltern begeben; er hatte zwar angeblich die Pockenstation nie betreten, hat jedoch Botengänge für diese gemacht und u. a. auch Briefe für das auf dieser Station beschäftigt gewesene Dienstmädchen besorgt.

In demselben Krankenhause ereigneten sich einige Monate später 2 weitere Pockeninfektionen, von denen 1 tödlich verlief. Beide Erkrankungen betrafen Patienten, die schon seit vielen Monaten wegen andern Krankheiten im Krankenhause lagen. Die Pockenstation war seit Monaten geschlossen. Der Infektionsweg hat sich nicht nachweisen lassen, wahrscheinlich ist die Einschleppung aus der benachbarten Stadt erfolgt. Möglich ist jedoch auch, daß vielleicht Pockenvirus von den letzten Pockenfällen der Desinfektion entgangen war. Pocken wurden außerdem übertragen auf 2 Patienten des städtischen Krankenhauses in Str. — Hier war eine aus Rumänien zugewanderte Frau mit der Diagnose Grippe aufgenommen; erst nachdem sie einige Tage mit anderen Personen zusammen gelegen hatte, wurde die Diagnose Pocken gestellt; in der Folgezeit erkrankten noch 2 alte Frauen, die im gleichen Zimmer bezw. in einem Nebenzimmer gelegen hatten.

Die Infektionen mit Tuberkulose betrafen Schwestern und Hausmädchen der Heilstätten zu B., sowie Insassen der Blödenanstalt zu K. — In dieser befanden sich nur hochgradig

schwachsinnige Personen, die daselbst schon jahrelang verpflegt wurden. Der Kreisarzt hielt Hausinfektion für vorliegend, zumal die Aufenthaltsräume und die Verpflegung zu wünschen übrig ließen.

Von sonstigen in der beigegebenen Nachweisung nicht besonders bezeichneten Krankheiten seien erwähnt 23 Keuchhusteninfektionen im Krankenhause zu P., von denen 2 tödlich verliefen.

Nicht einbegriffen in die eingangs gegebenen Zahlen sind 2 Diphterieinfektionen von Aerzten mit tödlichem Ausgang.

Die vorstehend gegebenen Zahlen sind z. T. recht hoch. Gewisse Infektionen, insbesondere solche, bei denen die Tröpfcheninfektion eine Rolle spielt, werden sich wohl nicht immer vermeiden lassen. — Dagegen deuten die hohen Zahlen von Typhus- und Ruhrinfektionen darauf hin, daß die Isolierungsmaßnahmen und die Schulung des Personals zum Teil noch sehr zu wünschen übrig lassen.

Bis auf die wenigen angedeuteten Fälle handelt es sich immer um Kontaktinfektion; daher sind die neuen Desinfektionsvorschriften, die die fortlaufende Desinfektion am Krankenbett betonen, besonders zu begrüßen.

Im einzelnen stellen sich die im Jahre 1914 beobachteten Krankenhausinfektionen wie folgt:

	Patienten		Schwestern		Hauspersonal	
	erkr.	gest.	erkr.	gest.	erkr.	gest.
Typhus	11	1	16	2	3	1
Diphtherie	38	1	9	—	—	—
Ruhr	21	2	12	—	11	—
Fleckfieber	—	—	4	—	1	1
Scharlach	21	2	2	—	—	—
Pocken	4	1	—	—	1	1
Tuberkulose	4	4	3	1	6	—
Grippe	6	2	10	—	1	—
andere Krankheiten	30	2	2	—	—	—
	135	15	58	3	23	3

Aus Versammlungen und Vereinen.

Bericht über die am 22. Mai d. J. in Stuttgart (Vortragssaal des früheren Medizinalkollegiums) abgehaltene sechzehnte Jahresversammlung des Württembergischen Medizinalbeamtenvereins.

Anwesend waren folgende 39 Mitglieder und ein Gast.

Köstlin (Stuttgart), Zöppritz (Stuttgart), Schwarzkopf (Stuttgart), v. Scheurlen (Stuttgart), Steinbrück (Reutlingen), Maas (Rottweil), Mayer (Böblingen), Fröhner (Balingen), Schmidt (Tübingen), Paulus (Heidenheim), Kauffmann (Göppingen), Lörcher (Biberach), Schott (Eßlingen), Finckh (Tettnang), Habermaas (Stuttgart), Camerer (Winnenden), Luib (Mergentheim), Groß (Schussenried), Staudenmayer (Ludwigsburg), Sorger (Oberndorf), Sieger (Welzheim), Haffner (Langenburg), Heller (Backnang), Haag (Heilbronn), Lutz (Saulgau), Gerlach (Gmünd), Georgii (Geislingen), Holzapfel (Ellwangen), Drachter (Crailsheim), Betz (Calw), Villinger (Besigheim), Pfäfflin (Nürtingen), Lechler (Herrenberg), Bubenhofer (Vaihingen), Gnant (Stuttgart), Maisch

(Oehringen), Fricker (Nagold), Günzler (Tuttlingen), v. Rembold (Stuttgart) und Huwald (Stuttgart) als Gast.

I. Geschäftsbericht des Vorstandes. Der Vorsitzende Ob.-Med.-Rat Dr. Köstlin eröffnete die Versammlung mit einer herzlichen Begrüßung der Anwesenden, insonderheit auch der beiden Regierungsvertreter Ministerialrat Dr. von Scheurlen und Ob.-Med.-Rat Dr. Gnant; erstattete hierauf den Geschäftsbericht: Das vergangene Jahr ist für die ganze deutsche Beamtenschaft und damit auch für die Medizinalbeamten eine Zeit schwerer Kämpfe und erregter Erörterungen gewesen; hat es sich doch um eine vollständige Neuregelung und Umgestaltung unseres Beamtenwesens gehandelt, die infolge der politischen und sozialen Umwälzungen der vergangenen Jahre, teils infolge der enormen Teuerung und Geldentwertung notwendig geworden ist. Soweit hierbei die allgemeinen Interessen der gesamten Beamtenschaft in Frage gekommen sind, sind diese in erster Linie durch die großen Beamtenorganisationen, den Deutschen Beamtenbund und den Bund höherer Beamten vertreten worden, dagegen ist den Standesvereinen der einzelnen Berufsarten die Aufgabe zugefallen, von sich aus ihre Sonderinteressen zu vertreten; demzufolge hat der Württembergische Medizinalbeamtenverein in dieser Hinsicht eine rege Tätigkeit entfaltet. Hierbei hat es sich gezeigt, wie zweckmäßig und notwendig es gewesen ist, daß wir auf unserer letzten Jahresversammlung die Bildung eines geschäftsführenden Ausschusses beschlossen haben; für die Besprechung der zahlreichen und meist sehr dringlichen Fragen, die im Laufe des letzten Jahres an uns herangetreten sind, wäre es absolut unmöglich gewesen, jedesmal eine Vollversammlung einzuberufen, und noch weniger wäre es für den Vereinsvorstand möglich gewesen, solche wichtige Fragen lediglich auf Grund eigener Verantwortung zu entscheiden. Der auf der lezten Jahresversammlung im Mai vorigen Jahres gewählte Ausschuß ist seitdem viermal zusammengetreten; über die in diesen Ausschußsitzungen beratenen Fragen und gefaßten Beschlüsse ist sowohl im württembergischen Medizinischen Korrespondenzblatt, als in der Zeitschrift für Medizinalbeamte berichtet. Redner will deshalb hier nur ganz kurz einige der wichtigeren Fragen berühren; vor allem das Beamtenbesoldungsgesetz, das neue Diätenregulativ, die Dienstaufwendungsentschädigung und die Amtsbezeichnung der Oberamtsärzte, die Gebührenordnung für amtliche Verrichtungen, sowie die Besteuerung der Oberamtsärzte. Die neue Gebührenordnung für amtliche Verrichtungen ist am 9. Juni vorigen Jahres endlich erschienen, und zwar in einer den damaligen Wünschen der Medizinalbeamten entsprechenden Fassung; sie ist aber, was die Höhe der Gebührensätze betrifft, infolge der inzwischen wieder in ganz erheblichem Maße gesteigerten Teuerung schon längst wieder als überholt zu betrachten. Der Ausschuß hat deshalb unterm 10. Dezember vorigen Jahres eine weitere Eingabe an das Ministerium des Innern gerichtet, in der er um die Gewährung eines mindestens 50%igen Teuerungszuschlags für sämtliche Gebührensätze der neuen Taxe gebeten hat. Ein Bescheid ist auf diese Eingabe bis jetzt noch nicht ergangen. — Am 14. August vorigen Jahres haben die Beamten auch eine neue Diäten- und Reisekostenverordnung bekommen, die aber in mancher Hinsicht für die Medizinalbeamten ungünstiger als das alte Diätenregulativ vom 23. Juni 1873 ist, hauptsächlich ist die Frage der Kilometergelder für zu Fuß oder zu Rad zurückgelegte Dienstreisen keineswegs in einer für die Oberamtsärzte befriedigenden Weise gelöst. Da es sich aber um eine sämtliche Beamte betreffende Verordnung handelt, so werden wir uns wohl oder übel mit den nunmehr zu Recht bestehenden gesetzlichen Bestimmungen abfinden müssen.

Betreffs der Besoldungsordnung der Oberamtsärzte hat der Ausschuß sowohl am 20. September v. J. eine Eingabe an das Ministerium des Innern, als an den Landtag gerichtet und darin beantragt, daß im Verhältnis ebensoviele Oberamtsärzte in die Besoldungsgruppen XI und XII eingewiesen werden, wie Oberamtleute. Dieser Antrag ist insofern nicht ganz ohne Erfolg geblieben, als inzwischen nach dem erst vor einigen Tagen verabschiedeten Haushaltungsplan wenigstens 10 vollbesoldete Oberamtsärzte als Medizinalräte in die Besoldungsgruppe XI eingewiesen worden sind; damit sind aber unsere Wünsche noch keineswegs vollkommen befriedigt. — Bezüglich der

Frage der Amtsbezeichnung der Oberamtsärzte ist unterm 28. September v. J. auch eine Eingabe an das Ministerium des Innern gerichtet, mit dem Antrage, sämtlichen Oberamtsärzten die Amtsbezeichnung „Medizinalrat“ zu verleihen. Durch Bescheid vom 9. April d. J. hat das Ministerium eine Aenderung der Amtsbezeichnung der Oberamtsärzte abgelehnt. In den übrigen Ländern herrsche in dieser Hinsicht noch eine so große Verschiedenheit, daß noch eine einheitliche Regelung der Frage erwünscht und anzustreben sei. Einer solchen einheitlichen Regelung im ganzen Reich werden ja wohl auch wir zustimmen können.

Betreffs der Dienstaufwandsentschädigung der Oberamtsärzte hat der Ausschuß am 21. Mai v. J. eine Eingabe an das Ministerium des Innern gerichtet, in der er um eine zeitgemäße Erhöhung der bisher geradezu beschämend armseligen Dienstaufwandentschädigung gebeten und für die vollbesoldeten Oberamtsärzte eine solche von 2500 M., für die nicht vollbesoldeten ³/₅ dieses Betrags beantragt hat. Diese Forderung ist dann in zwei weiteren Eingaben, am 10. Dezember v. J. und 26. Januar d. J. wiederholt und in der letzteren noch eine 50proz. Teuerungszulage zu dem beantragten Betrag gefordert. Ein Bescheid auf diese Eingaben ist bis jetzt noch nicht eingetroffen, doch soll die Angelegenheit zurzeit dem Staatsministerium zur Entschließung vorliegen.

Die Frage der Besteuerung der Oberamtsärzte, über die vielfach eine Unklarheit geherrscht zu haben scheint, ist durch einen inzwischen erschienenen Erlaß des Landesfinanzamtes vom 31. Januar d. J. dahin entschieden worden, daß Leistungen der Oberamtsärzte, die sie in ihrer Eigenschaft als beamtete Aerzte vollziehen, z. B. gerichtliche Begutachtungen u. dergl., von der Umsatzsteuer befreit sind.

Der Ausschuß ist also nicht müßig gewesen, und hat sich alle Mühe gegeben, die Interessen der württembergischen Medizinalbeamten, soweit ihm dies möglich gewesen ist, zu vertreten und zu wahren; wenn es ihm trotz aller seiner Bemühungen nicht immer gelungen ist, mit seinen Forderungen den gewünschten Erfolg zu erzielen, so ist dabei zu bedenken, daß der Einfluß eines einzelnen Standesvereins auf die Staatsregierung begreiflicherweise nur ein beschränkter sein kann, und daß auch die letztere in ihren Geldverwilligungen infolge unserer derzeitigen überaus traurigen Finanzverhältnisse gleichfalls in weitgehendem Maße beschränkt ist; dem werden wir denn auch billigerweise Rechnung tragen müssen. Von der Abfassung und Absendung einer auf der letzten Jahresversammlung beschlossenen Denkschrift, in der die Forderung gestellt werden solle, innerhalb des Ministeriums für den Bereich des Medizinalwesens einen Arzt als selbständigen, dem Minister unmittelbar unterstellten Ministerialdirektor anzustellen, ist mit Rücksicht auf die vorzüglichen Ausführungen des Kollegen Dr. Maisch über diesen Gegenstand im Med. Korrespondenzblatt und Schwäbischen Merkur (s. auch Zeitschrift für Medizinalbeamte, Nr. 10, S. 180) Abstand genommen.

Der Vorsitzende teilt dann mit, daß der Verein zurzeit 68 Mitglieder zählt; ausgetreten sind die Kollegen: Med.-Rat Dr. Baur in Blaubeuren, Ob.-Med.-Rat Dr. Krauss in Kirchheim, Ob.-Med.-Rat Dr. Jäger in Ulm, Dr. Maier in Sulz und Ob.-Med.-Rat Dr. Späth in Eßlingen, von diesen ist der letztere eines der ältesten und verdientesten Mitglieder des Vereins, vor zehn Tagen hochbetagt gestorben (zu seinem ehrenden Angedenken erhoben sich die Anwesenden von ihren Sitzen). — Eingetreten sind die Oberamtsärzte Dr. Betz in Calw, Dr. Dentler in Wangen, Dr. Holzapfel in Ellwangen und Dr. Forger in Oberndorf.

Im Anschluß an diesen Geschäftsbericht, zu dem von seiten der Versammlung nichts bemerkt wurde, stellte der Vorsitzende außerhalb der Tagesordnung den Antrag, den § 5 Abs. 5 der Satzungen in der Fassung des Beschlusses der letzten Jahresversammlung dahin abzuändern: „Der Ausschuß besteht, abgesehen von den 3 Vorstandsmitgliedern, aus 4 (anstatt wie bisher 3) weiteren Vereinsmitgliedern, von denen stets eines ein Angehöriger des Landesvereins württembergischer Irrenärzte sein soll.“ Er begründet diesen Antrag damit, daß, nachdem eine größere Anzahl beamteter Irrenärzte dem Verein angehören, deren Wunsch, auch im Ausschuß besonders vertreten zu sein, als ein wohlberechtigter angesehen werden könne. Ob.-Med.-Rat Dr. Gross-

Schussenried bemerkt hierzu, der Verein württembergisrher Irrenärzte hätte gewünscht, dem Medizinalbeamtenverein in corpore beizutreten, es sei dies aber nicht durchführbar gewesen in Rücksicht auf die Assistenz- und Volontärärzte, für die man wegen der hohen Beitragskosten einen Beitritt zum Medizinalbeamtenverein neben dem irrenärztlichen Verein nicht habe obligatorisch machen können, es werde jedoch das Bestreben des irrenärztlichen Landesvereins sein, möglichst viele seiner Mitglieder zum Beitritt zum Medizinalbeamtenverein zu veranlassen.

Der Antrag wurde angenommen und auf den Vorschlag der beiden anwesenden Herren Gross und Camerer der Oberarzt Dr. Buder-Winnental in den Ausschuß kooptiert.

II. Kassenbericht: Die Einnahmen haben 1103 M., die Ausgaben 1103.61 M. betragen, so daß sich eine Mehrausgabe von 0,61 M. ergiebt. Das Vermögen des Vereins beträgt zurzeit 975,70 M., 538,39 M. weniger als im Vorjahre. Die Rechnungen sind von den Kollegen Maisch und Maas geprüft und richtig befunden; dem Rechnungsführer Kanzleirat Reinöhl wurde mit dem Ausdruck des besten Dankes des Vereins für seine Mühewaltung Entlastung erteilt.

Der Jahresbeitrag für das laufende Jahr wird auf Antrag des Vorsitzenden auf 20 M. erhöht mit Rücksicht auf die gesteigerten Ausgaben des Vereins, die sich hauptsächlich aus den Kosten für die Ausschußsitzungen, dem erhöhten Beitrag für den Bund höherer Beamten, sowie für die Vertretung des Vereins bei der Jahresversammlung des Deutschen Medizinalbeamtenvereins ergeben; voraussichtlich wird sich auch dieser genötigt sehen, seinen Jahresbeitrag ebenfalls wieder zu erhöhen, wodurch die vermehrte Besteuerung dann eine doppelte werden wird, was sich leider nach Lage der derzeitigen Verhältnisse nicht ändern läßt.

III. Freie Aussprache über die derzeitige wirtschaftliche Lage und berufliche Stellung der Württembergischen Medizinalbeamten. Zunächst wurde der unter I erwähnte Artikel des Kollegen Maisch „über das Medizinalkollegium und die Neuordnung des Gesundheitswesens in Württemberg" einer Erörterung unterzogen, wobei die Versammlung den darin enthaltenen Ausführungen nach jeder Richtung hin voll zustimmt und weiterhin der Ansicht war, daß infolge der Veröffentlichung dieses Artikels die Abfassung einer besonderen Denkschrift, wie sie bei der letzten Jahresversammlung beschlossen worden war, als nicht weiter erforderlich anzusehen sei. Auf Antrag des Kollegen Maisch wurde jedoch beschlossen, der Medizinalbeamtenverein solle sich mit dem Aerztlichen Landesausschuß in Verbindung setzen und beide Vereine sollen dann gemeinsam den Artikel dem Ministerium des Innern, der Staatsregierung und der Kammer der Abgeordneten, womöglich auch den einzelnen Abgeordneten, zur Kenntnis bringen zum Zweck der Geltendmachung der darin aufgestellten Forderungen bezüglich einer Umänderung unseres Medizinalwesens. Hierzu wurden noch folgende Anträge gestellt:

1. Antrag Haag: „Der Medizinalbeamtenverein Württembergs unterbreitet dem Ministerium des Innern, wie der Kammer der Abgeordneten nochmals die dringliche Bitte, für die vollbesoldeten Oberärzte Rats- und Oberratsstellen in gleichem Verhältnis wie für die anderen Bezirksbeamten zu schaffen, da eine niedere Einstufung im gleichen Bezirk ein für die Oberamtsärzte unerträglicher und ihre Tätigkeit herabwürdigender Zustand ist."

Der Antrag, der von dem Antragsteller eingehend begründet wurde, fand einstimmige Annahme.

2. Antrag Lutz: „a) der Gehalt der nicht vollbesoldeten Oberamtsärzte ist auf 80% des Gehalts der vollbesoldeten zu erhöhen;

b) für die Oberamtsärzte ist die Möglichkeit zu schaffen, in gleicher Weise wie die anderen akademischen Beamten in die XI. und XII. Gehaltsklasse aufzurücken;

c) die Jahre, die die Oberamtsärzte vor dem Eintritt in den Staatsdienst als praktische Aerzte tätig waren, sind ihnen als Dienstjahre anzurechnen, so daß sie gleich in die Gehaltsklassenstufe eingewiesen werden,

die die Zahl ihrer Praxisjahre entspricht, und daß sie bei ihrer Pensionierung eine entsprechend höhere Pension beziehen;

d) die in Ziff. b und c beantragten Bestimmungen finden auch auf die nicht vollbesoldeten Oberamtsärzte in gleicher Weise Anwendung, wie auf die besoldeten."

Der Antrag, der von dem Antragsteller ebenfalls eingehend begründet wurde, wurde auch einstimmig angenommen.

3. Anträge Hermann: Die beiden ersten Anträge: a): „Forderung eines ausreichenden und angemessenen Gehaltes und b) Forderung einer persönlichen Amtsbezeichnung' und einen angemessenen persönlichen Titel für die Oberamtsärzte werden durch den Antrag Haag und den vorher erwähnten Bescheid als erledigt angesehen. Zu dem Antrag c): „Angemessene Bezahlung der Oberamtsärzte für die Versehung von Nebenämtern" bemerkte der Regierungsvertreter Ob.-Med.-Rat Dr. v. Scheurlen: Nach einem Beschluß der Staatsregierung soll eine besondere Bezahlung für die Versehung von Nebenämtern für sämtliche Staatsbeamte künftighin in Wegfall kommen. Damit würde auch für die Bewerber solcher Oberamtsstellen, mit denen die Versehung eines Gefängnis- oder Zuchthausarztdienstes im Nebenamt verbunden ist, eine besondere Bezahlung dieses Nebenamts nicht mehr in Frage kommen können, dagegen bleiben die derzeitigen Inhaber dieser Stellen selbstverständlich im Genuß ihrer bisherigen Gehaltsbezüge. Der Fall des Kollegen Hermann ist zurzeit noch in Behandlung des Ministeriums; er müsse deshalb erst dessen Bescheid abwarten; bevor ein solcher vorliege, könne sich auch der Medizinalbeamtenverein mit der Angelegenheit nicht weiter befassen. Dieser Auffassung schloß sich dann auch die Versammlung an, sie brachte dabei aber den Wunsch zum Ausdruck, daß die Forderung der Gefangenenanstaltsärzte von seiten der Regierung insoweit berücksichtigt werden möge, als diesen wenigstens die Kosten für ihre Stellvertretung vom Staate ersetzt werden.

d) Ausreichende Vergütung für Dienstaufwand.

e) Zeitgemäße Erhöhung der Gebühren.

Die beiden Anträge können durch die wiederholten vom Medizinalbeamtenverein erst vor kurzer Zeit an das Ministerium des Innern gerichteten Eingaben vorerst als erledigt angesehen werden.

f) Auslegung der Gebührenordnung dahin, daß auch die vollbesoldeten Oberamtsärzte bei Anlage I A Ziff. 10a eine Anrechnung für „Zeitaufwand" machen dürfen. Der Vorsitzende bemerkte hierzu, daß, wenn das Kassenamt Hall diese Anrechnung beanstande, es sich hierbei um einen Irrtum handeln müsse; von seiten der übrigen Kassenämter werden diese Anrechnungen nicht beanstandet und sie können auch nicht beanstandet werden, da in der Gebührenordnung vom 9. Juni 1920 nirgends etwas davon stehe, daß die vollbesoldeten Oberamtsärzte eine Versäumnisgebühr nicht anrechnen dürfen. Es scheine jedoch die Absicht zu bestehen, den vollbesoldeten Oberamtsärzten diese Gebühr künftighin zu entziehen; hiergegen müsse der Medizinalbeamtenverein jetzt schon energisch Stellung nehmen. Die Erhebung einer Versäumnisgebühr von seiten der vollbesoldeten Oberamtsärzte stehe mit ihrem Vollbesoldetsein in keiner Weise im Widerspruch; sie ergebe sich vielmehr als einfache Folgerung aus der ihnen durch das Oberamtsarztgesetz zugewiesenen Gutachtertätigkeit, für die sie Gebühren anzusprechen haben, und in der sie durch das Anwohnen bei gerichtlichen Terminen ebenso beeinträchtigt werden, wie ihre nicht vollbesoldeten Kollegen in der Ausübung ihrer Privatpraxis. Sie müßten es deshalb als eine große Härte empfinden, wenn ihnen gerade in einer Zeit, in der sie um ihre wirtschaftliche Existenz zu ringen haben, diese Gebührenbezüge, die sie bis jetzt seit der Erlassung des Oberamtsarztgesetzes stets unbeanstandet erhoben haben, entzogen werden sollten. Der Vorsitzende stellte den Antrag, in diesem Sinne beim Ministerium des Innern vorstellig zu werden; der Antrag wurde einstimmig angenommen.

4. Antrag Holzapfel: Die vollbesoldeten Oberamtsärzte Württembergs betrachten die den hinsichtlich Gehalts- und Pensionsberechtigung ihnen annähernd gleichgestellten Regierungsmedizinalräten vom Reichsarbeitsministerium Berlin gestattete Ausübung freiwilliger Privatpraxis als eine sozial und wirtschaftlich unbegründete Besserstellung

und ersuchen das württembergische Ministerium des Innern, den württembergischen Aerzteverband und den Leipziger Verband dringend, beim Reichsarbeitsministerium dahin vorstellig zu werden, daß diesen vollamtlich angestellten Regierungsmedizinalräten die Ausübung nicht bloß der Kassenpraxis, sondern auch der Privatpraxis untersagt werde. Die Versammlung hielt diese von dem Antragsteller eingehend begründete Forderung an und für sich durchaus berechtigt, sie war aber der Ansicht, daß es, da es sich um eine Reichsangelegenheit handelt, für welche die württembergische Regierung gar nicht zuständig ist, wohl besser sein werde, dieselbe dem Deutschen Medizinalbeamten-Verein zur Weiterbehandlung und einer diesbezüglichen Antragstellung bei der Reichsregierung zuzustellen.

5. Anträge Georgii: a) „Die Gebühren für amtsärztliche Verrichtungen, wenigstens für einige Ziffern, sind zeitgemäß zu erhöhen." Der Antrag wurde durch die gleichlautende, durch den Medizinalbeamtenverein schon unterm 10. Dezember vorigen Jahres an das Ministerium des Innern gerichtete Eingabe als erledigt betrachtet.

b) „Die Veröffentlichungen des Reichsgesundheitsamts sollen den Oberamtsärzten nicht mehr zugestellt werden." Der Antrag wurde von der Mehrheit der Anwesenden abgelehnt.

c) „Alle Ausgaben, die den Oberamtsärzten entstehen durch Auslagen für Telephon, Bezug des Staatsanzeigers, des Amts und Regierungsblattes, für Portoauslagen bei nicht freigemachten Postsendungen u. dergl., sollen nicht durch die Kasse des Ministeriums des Innern, sondern durch die neuerrichteten Zahlstellen der Oberämter ausbezahlt, bezw. ersetzt werden." Begründung: Vereinfachung der Staatsverwaltung.

Der Antrag wurde angenommen. Es wurde beschlossen, die sämtlichen zur Annahme gelangten Anträge dem Ministerium des Innern zur Kenntnisnahme und wohlwollenden Berücksichtigung in Vorlage zur bringen.

IV. Nunmehr hielt Kollege Schmidt einen außerordentlich interessanten Vortrag über die Tübinger Typhusepidemie, der später im Wortlaut im veröffentlicht werden wird.

Im Anschluß an den Vortrag machte Ministerialrat Dr. v. Scheurlen noch einige Mitteilungen bezüglich der medizinalpolizeilichen Behandlung der Bazillenträger, worauf die Versammlung von dem Vorsitzenden mit nochmaligem Dank an alle Anwesenden geschlossen wurde.

Nach dem Württembergischen ärztlichen Korrespondenzblatt Nr. 14.

Tagesnachrichten.

Aus dem Reichstage. Der Reichstag hat vor seiner Vertagung noch die Gesetzentwürfe betr. Abänderung des Angestelltenversicherungsgesetzes, betr. Neuregelung der Leistungen und Beiträge der Invalidenversicherung sowie betr. Regelung der Wochenhilfe und Wochenfürsorge angenommen. In dem zur Angestelltenversicherung betreffenden Gesetze (s. Nr. 13 dieser Zeitschrift S. 252) ist die im Entwurf vorgesehene Teuerungszulage von 50 auf 70 M. monatlich erhöht, im übrigen aber die Regierungsvorlage beibehalten. Durch die beschlossene Abänderung des Invalidenversicherungsgesetzes sind statt der im Entwurf vorgesehenen 9 Lohnklassen 8 beschlossen (1—1000, 1000 bis 3000, 3000—5000, 5000—7000, 7000—9000, 9000—12000, 12000—15000 und über 15000 M. und der Wochenbeitrag in den einzelnen Lohnklassen auf 3,50, 4,50, 5,50, 6,50, 7,50, 9,10, 10,50 und 12 M. festgesetzt. Der Grundbetrag der Invalidenrente beträgt für alle Lohnklassen 360 M; dazu kommt ein Steigerungszusatz für jede Beitragswoche von 0,10, 0,30, 0,50, 0,70, 0,90, 1,20, 1,50 und 1,80 M. für die einzelnen Lohnklassen, so daß also die geringste Rente (nach 500 Beitragswochen) in der ersten Klasse 410 M. und in der höchsten Klasse 1260 M. betragen wird (bisher 125,40 und 210 M.).

Nach der beschlossenen Neuregelung der Wochenhilfe und Wochenfürsorge erhält die versicherte Frau ärztliche Behandlung, falls solche bei der Entbindung oder bei Schwangerschaftsbeschwerden erforderlich wird, einen einmaligen Beitrag zu den Entbindungskosten von 100 M., ein Wochengeld in Höhe des Krankengeldes, jedoch mindestens 4½ M. täglich für 10 Wochen,

von denen mindestens 6 in die Zeit nach der Niederkunft fallen müssen. Das Wochengeld für die ersten vier Wochen ist spätestens mit dem Tage der Entbindung fällig. Das Stillgeld soll in Höhe des halben Krankengeldes gegeben werden, jedoch mindestens 1½ M. täglich. Dieselben Vorschriften sollen auch für Mitglieder einer Ersatzkasse gelten. Außerdem soll das Gesetz über die Wochenfürsorge vom 22. Mai 1910 dahin geändert werden, daß der Anspruch einer minderbemittelten Wöchnerin auf Beihilfe besteht, wenn das Einkommen 10000 M. nicht übersteigt.

Der 42. Deutsche Aerztetag wird vom 14.—17. September d. J. in Karlsruhe stattfinden; am 14. und 15. September wird die wirtschaftliche Abteilung, am 16. und 17. September der Aerztetag tagen. Zur Verhandlung auf dem Aerztetage gelangen folgende Gegenstände: Die praktische Ausbildung zum Arzte (Dr. Hausberg-Dortmund). 2. Das ärztliche Unterstützungswesen (Dr. Vollmann-Berlin und Dr. Bongerts-Karlsruhe). 3. Der Arzt im Entwurf zum neuen Strafgesetzbuch und zum Gesetz über den Rechtsgang in Strafsachen (Dr. Puppe-Breslau und Dr. Alexander-Berlin). 4. Bericht über die Verschmelzung zum Aerztevereins-Bund und Leipziger Verband (Dr. Richter-Zeitz). Falls der Entwurf zur gesetzlichen Regelung der Kassenarztfrage von den zuständigen Instanzen bis zum Aerztetage fertig gestellt ist, wird dieser an erster Stelle zur Beratung gestellt werden.

Westdeutsche Sozialhygienische Akademie in Düsseldorf. Staatlich anerkannte Ausbildungsstätte für Kreisarztanwärter. Beginn des nächsten viermonatlichen Kurses für Kreisarzt- und Kreiskommunalarztanwärter am 17. Oktober 1921. Beginn eines zweiwöchentlichen theoretisch-praktischen Kurses für Tuberkulose-Fürsorgeärzte am 19. September, eines dreiwöchentlichen für Säuglings-Fürsorgeärzte am 26. September. — Beschränkte Teilnehmerzahl, baldigste Anmeldung notwendig. — Für billige Verpflegung und Unterkunft sorgt das Sekretariat. Anfragen sind zu richten an: Westdeutsche Sozialhygienische Akademie, Düsseldorf, Stromstr. Ecke Fürstenwallstr. 1.

Deutscher Medizinalbeamtenverein
XI. Hauptversammlung
Preussischer Medizinalbeamtenverein
XXXII. Hauptversammlung
Bayerischer Medizinalbeamtenverein
XV. Landesversammlung

Gemeinsame Tagung am 10. u. 11. Sept. 1921 in **Nürnberg**

Tagesordnung:

Freitag, den 9. September, 8 Uhr abends: **Begrüßungsabend** mit Damen im Künstlerhause am Bahnhof (Erdgeschoß). Bei schönem Wetter im Garten.

Samstag, den 10. September, 9 Uhr vormittags: Sitzung im Künstlerhause.

1. Geschäfts- und Kassenbericht.
2. **Bericht über die Entwürfe zu einem Deutschen**

Strafgesetzbuche (Entwurf der Strafrechtskommission 1913 und Entwurf 1919 a) vom Standpunkt des Irrenarztes, b) von dem des Gerichtsarztes. Berichterstatter: a) Geh. Med.-Rat Prof. Dr. Schultze-Göttingen und b) Prof. Dr. Lochte-Göttingen.

(Nach der Besprechung Frühstückspause.)

3. **Die einheitliche Gestaltung der staatsärztlichen Prüfung im Deutschen Reich.** Berichterstatter: Geh. Ob.-Med.-Rat Prof. Dr. Abel-Jena und Geh. Med.-Rat Prof. Dr. Strassmann-Berlin.
4. **Vorstandswahl und Bericht der Rechnungsprüfer.**

5 Uhr nachmittags: **Sondersitzung des Preußischen und des Bayerischen Medizinalbeamtenvereins im Künstlerhause.**

A) Tagesordnung des Preußischen Medizinalbeamtenvereins:

1. **Geschäfts- und Kassenbericht.** Im Anschluß hieran freie Aussprache über die amtliche Stellung und wirtschaftliche Lage der preußischen Medizinalbeamten.
2. **Anträge auf Änderung der Satzungen.**
3. **Vorstandswahl und Bericht der Rechnungsprüfer.**

Im Anschluß an diese Sondersitzung: **Generalversammlung der Jubiläumsstiftung des Vereins.**

Tagesordnung:

1. Geschäfts- und Kassenbericht.
2. Vorstandswahl.

B) Tagesordnung des Bayerischen Medizinalbeamtenvereins:

1. Tätigkeitsbericht der Vorstandschaft.
2. Rechenschaftsbericht des Kassenwarts.
3. Besoldungsordnung und einschlägige Fragen.
4. Satzungsänderung.
5. Wünsche und Anträge.

8 Uhr abends: Zwangloses **gemeinschaftliches Essen** mit Damen im Künstlerhause.

Sonntag, den 11. September, 10 Uhr vormittags: Sitzung im Künstlerhause.

1. **Die Vereinheitlichung der Seuchenbekämpfung im Deutschen Reiche.** Berichterstatter: Prof. Dr. Rimpau-München.

   Nach der Besprechung Frühstückspause.

2. **Die bisherigen Leistungen der öffentlichen Gesundheitspflege und der Medizinalverwaltung in dem Deutschen Reiche und in den Einzelstaaten nach dem Kriege und ihre Aufgaben für die Zukunft.** Berichterstatter: Kreisarzt Med.-Rat Dr. Bundt-Halle a. S.

3 Uhr nachmittags: Zwangloses **gemeinschaftliches Essen** im Künstlerhause.

8 Uhr abends: Teilnahme mit Damen am Begrüßungsabend des Deutschen Vereins für öffentliche Gesundheitspflege, der am 12. und 13. September in Nürnberg tagt. (Vortrag mit Lichtbildern über Alt Nürnberg; im großen Saal des Künstlerhauses, I. Stock).

Sonderveranstaltungen für Damen.

Samstag, den 10. September: Führung durch Nürnberg; $4^1/_2$ Uhr nachmittags: Damenkaffeestunde im Tiergarten.

Sonntag, den 11. September: Führung durch das Germanische Museum. (Treffpunkt für die Führungen jeweils 10 Uhr vormittags, Künstlerhaus.)

Verzeichnis der Gasthöfe und Preise:

		1 bettig	2 bettig	Frühstück
Hotel Bamberger Hof,	80 Betten,	v. 25 M. an,	v. 40 M. an,	5.— M. p. Pers.
„ Deutscher Hof,	90 „	„ 28 „ „	„ 45 „ „	8.— „ „ „
„ Deutscher Kaiser,	70 „	„ 23 „ „	„ 40 „ „	4.50 „ „ „
„ Föttinger,	20 „	„ 20 „ „	„ 40 „ „	4.50 „ „ „
„ Königshof,	75 „	„ 28 „ „	„ 50 „ „	8.50 „ „ „
Palast-Hotel Fürstenhof,	300 „	„ 30 „ „	„ 55 „ „	4.50 „ „ „
Hotel Rother Hahn,	110 „	„ 25 „ „	„ 45 „ „	5.— „ „ „
„ Viktoria,	110 „	„ 25 „ „	„ 45 „ „	4.50 „ „ „
„ Weißer Hahn,	60 „	„ 20 „ „	„ 45 „ „	9.— „ „ „
„ Wittelsbach,	150 „	„ 28 „ „	„ 45 „ „	5.— „ „ „
„ Württemberger Hof A.-G.	250 „	„ 30 „ „	„ 55 „ „	5.— „ „ „

Die Zimmer verstehen sich ohne städt. Wohnsteuer, die mit 10% des Zimmerpreises extra berechnet wird und ohne Trinkgeld, dagegen einschl. der 10% Reichswohnsteuer. Wo die Frühstückspreise über 5 Mk. pro Person betragen, ist Weißbrot und Butter einbegriffen.

Der Fremdenverkehrsverein Nürnberg besorgt für die Tagung der Medizinalbeamten sämtliche Zimmerbestellungen (Hotel und Privat). Karten mit bezahlter Rückantwort erbeten. An den Versammlungstagen ist die Geschäftsstelle im Hauptbahnhof Tag und Nacht geöffnet.

Wodtke-Jena Frickhinger-München

Sieveking-Hamburg Bundt-Halle a. S. Schuster-Augsburg

Preussischer Medizinalbeamtenverein.

Bekanntmachung.

Der Vorstand beabsichtigt, der **Hauptversammlung in Nürnberg am 10. und 11. September ds. Js.** Anträge zu unterbreiten, die eine **Erweiterung des Vorstandes für die Erörterung besonders wichtiger Vereinsangelegenheiten** bezwecken. Die Vorberatung dieser Anträge soll auf Beschluß des Vorstandes bereits gelegentlich der diesjährigen Hauptversammlung durch eine Versammlung von Vertretern aller Provinzen geschehen.

Die Vereinsmitglieder einer jeden Provinz werden daher gebeten, aus ihrer Mitte einen Vertreter und dessen Stellvertreter in der Weise zu wählen, daß sie bis zum **10. August ds. Js.** dem Schriftführer des Vereins, Herrn Med.-Rat Dr. **Bundt in Halle a. S.**, durch Einsendung eines mit Wohnort und Namensunterschrift versehenen Stimmzettels die gewünschten Herren Kollegen benennen. Der Vorstand wird das Ergebnis der Wahl feststellen und bekannt geben.

Der Bezirk Marienwerder wählt mit der Provinz Ostpreußen, der Bezirk Schneidemühl mit der Provinz Pommern, der Bezirk Sigmaringen mit der Rheinprovinz.

Jena, den 27. Juni 1921.

Der Vorsitzende

Dr. Wodtke.

Verantwortlich für die Schriftleitung: Prof. Dr. Rapmund, Geh. Med.-Rat in Lippspringe.
Druck von J. C. C. Bruns, Minden i. W.

34. Jahrg. Nr. 15 — 5. August 1921

ZEITSCHRIFT FÜR MEDIZINALBEAMTE

Zentralblatt

für das gesamte Gebiet der gerichtlichen Medizin und Psychiatrie, des staatlichen und privaten Versicherungswesens, sowie für das Medizinal- und öffentliche Gesundheitswesen, einschl. der praktischen und sozialen Hygiene.

Herausgegeben von

Prof. Dr. Otto Rapmund
Geh. Med.-Rat in Bad Lippspringe.

Offizielles Organ des Deutschen, Preussischen, Bayerischen, Sächsischen, Württembergischen, Badischen, Hessischen, Mecklenburgischen, Thüringischen und Braunschweigischen Medizinalbeamtenvereins.

Eine Beilage: Rechtsprechung und Medizinalgesetzgebung

Bezugspreis für das Jahr: 30 M, durch die Post bezogen: 32 M.

VERLAG VON FISCHER'S MEDIZ. BUCHHANDLUNG H. KORNFELD,
Berlin W. 62, Keithstraße 5.

INHALT.

Geschäftsstelle und Versand für die Mitglieder des Medizinalbeamtenvereins durch J. C. C. BRUNS, Buchdruckerei, MINDEN i. WESTF.

Alleinige Anzeigen-Annahme und verantwortlich für den Anzeigenteil: HANS PUSCH, BERLIN SW. 48, Wilhelmstraße 28.

Personalien.

Deutsches Reich und Preussen.

Ernannt: Der kommissarische Kreisarzt Dr. Bräuler in Soltau zum Kreisarzt der Kreise Soltau und Uelzen mit dem Wohnsitz in Soltau; Kreisassistenzarzt Dr. Mathar in Rheydt zum kommissarischen Kreisarzt des neugebildeten Kreisarztbezirks Rheydt; Reg.-Arzt Geh. Med.-Rat Prof. Dr. Beck zum Direktor des Medizinaluntersuchungsamts in Stade.

Bestellt: Reg.-Arzt Med.-Rat Dr Kersten in Münster i. W. zum Assistenten bei dem dortigen Medizinaluntersuchungsamt.

Bayern.

Der praktische Arzt Dr. Bunz in Regensburg zum Landgerichtsarzt daselbst.

Erledigte Stellen.

Preussen.

Zum 1. Oktober 1921 die **vollbesoldete Kreisarztstelle** für den **Kreisarztbezirk Köln-Land.** Bewerbungen sind bis zum 15. August 1921 an das Ministerium für Volkswohlfahrt in Berlin W. 66, Leipzigerstraße Nr. 3 durch Vermittlung des für den Wohnort des Bewerbers zuständigen Regierungspräsidenten einzureichen.

Sonstige Familiennachrichten.

Gestorben: Fräulein Emilie Rapmund in Halle a. Saale, einzige Schwester des Herausgebers dieser Zeitschrift.

34. Jahrg. | Zeitschrift für MEDIZINALBEAMTE | 1921.

Zentralblatt
für das gesamte Gebiet der gerichtlichen Medizin und Psychiatrie, des staatlichen u. privaten Versicherungswesens, sowie für das Medizinal- u. öffentliche Gesundheitswesen, einschl. der prakt. u. sozialen Hygiene

Herausgegeben
von
Prof. Dr. Otto Rapmund
Geh. Med.-Rat in Bad Lippspringe.

Offizielles Organ d. Deutschen, Preußischen, Bayerischen, Sächsischen, Württembergischen, Badischen, Hessischen, Mecklenburgischen, Thüringischen u. Braunschweigischen Medizinalbeamtenvereins

Verlag von Fischer's med. Buchhandlung H. Kornfeld
Herzogl. Bayer. Hof- u. K. u. K. Kammer-Buchhändler
Berlin W. 62, Keithstrasse 5

Nr. 15. | Erscheint am 5. und 20. jeden Monats | 5. Aug.

Ueber Sterbehilfe (Euthanasie).

Von Med.-Rat Dr. Heyn-Dresden,
Hilfsarbeiter im Sächsischen Ministerium des Innern.

(Fortsetzung und Schluß.)

Und nun zu den Bedenken in der ganzen Angelegenheit!

Ausscheiden müssen zunächst alle religiösen Bedenken, obwohl sicher der Hauptwiderstand gegen eine gesetzliche Regelung der Sterbehilfe gerade von kirchlicher Seite zu erwarten ist (Feuerbestattung!). Wer in seinem Leide in dem festen Glauben, es sei ihm von Gott gesandt, vollen Trost findet und den Kelch bis zur Neige leeren will, dessen Gefühle sollen selbstverständlich geachtet werden, eine auch andere bindende Verallgemeinerung einer solchen Auffassung aber ist abzulehnen.

Soweit bei der Frage der rechtlichen Natur der Selbsttötung Religion und Recht miteinander in Konflikt kommen, betont Binding (2) ausdrücklich, daß letzteres jedermanns Freiheit, mit seinem Leben ein Ende zu machen, durchaus anerkannt und diese Anerkennung „nach langer, höchst unchristlicher Unterbrechung — von der Kirche gefordert, gestützt auf die unreine Auffassung, der Gott der Liebe könne wünschen,

daß der Mensch erst nach unendlicher körperlicher oder seelischer Qual stürbe — heute, von ganz wenigen zurückgebliebenen Staaten abgesehen, wieder voll zurückgewonnener, für alle Zukunft unangefochtener Besitz bleiben dürfte".

Auf die vom juristischen Standpunkt aus gegen eine Sterbehilfe geltend zu machenden Bedenken kann hier nicht näher eingegangen werden. Soweit die rechtliche Seite der Frage im Hinblick auf die zurzeit gültigen Gesetze in Betracht kommt, hat Binding (2) in der erwähnten Schrift alles Nötige in erschöpfender Weise gesagt. Nach ihm bedarf die Sterbehilfe in seinem Sinne in richtiger Begrenzung überhaupt keiner Freigabe, sondern ist auch jetzt schon gesetzlich unverboten. Ob dem wirklich so ist, muß juristischer Nachprüfung überlassen bleiben. Meines Wissens wird die Bindingsche Auffassung bestritten. Im übrigen braucht hierauf nicht näher eingegangen zu werden, da hier ja der Begriff Sterbehilfe in einem weiteren Sinne zur Erörterung steht.

Wichtig ist aber, daß nach der jetzigen Rechtslage die Beihilfe zur Selbsttötung straflos und nur die Tötung Einwilligender nach § 216 R.Str.G. mit Gefängnis nicht unter 3 Jahren bedroht ist. Ein Arzt also, der einem Kranken das tödliche Gift nur zur Verfügung stellt, geht insoweit straflos aus. Höchstens könnte er nach § 367 Ziffer 3 R.Str.G. wegen unerlaubter Ueberlassung von Gift an andere mit Geldstrafe bis zu 150 M. oder Haft bestraft werden. Immerhin wird eine solche Beihilfe zur Selbsttötung in praxi doch sehr gewagt sein, da sie von seiten irgendwelcher Angehöriger oder sonst interessierter Personen sehr leicht als eine Tötung auf Verlangen ausgelegt werden kann (Braune [10]).

Unter den in das ärztliche Gebiet fallenden Bedenken wird meist als schwerwiegendstes angeführt, daß auch ein Konsilium der tüchtigsten Aerzte sich doch einmal irren, eine Fehldiagnose also nicht mit der notwendigen vollständigen Sicherheit ausgeschlossen und dann möglicherweise ein Menschenleben grundlos vernichtet werden könne. Dieser Einwand kann, eine genügend sorgfältig getroffene Auswahl der Fälle vorausgesetzt, heute als völlig gegenstandslos bezeichnet werden. Es ist der medizinischen Wissenschaft jetzt zweifellos möglich, in einer großen Zahl der für eine Sterbehilfe in Frage kommenden Fälle die Diagnose mit völliger Sicherheit von 100 Prozent zu stellen, so daß jeder Irrtum ausgeschlossen ist.

Bei einem der unmittelbaren Besichtigung zugängigen Zungen- oder Mastdarmkrebs mit mikroskopischer Untersuchung eines ausgeschnittenen Probestückchens kann es schlechterdings keinen Irrtum geben. Selbstverständlich müssen zur Sicherstellung der Diagnose auch alle Hilfsmittel der modernen Diagnostik herangezogen werden. Die Einleitung der Sterbehilfe bei einem Magenkrebs z. B. würde als nicht genügend begründet anzusehen sein, wenn die Diagnose nur auf Grund der äußeren Untersuchung und aller sonst üblichen Unter-

suchungsarten gestellt wird. Man wird vielmehr fordern müssen, daß sie auch durch den Probeleibschnitt, den man ja in vielen Fällen in der Hoffnung auf eine Dauerheilung durch Operation oder wenigstens zur Linderung der Beschwerden (Gastroenterostomie) sowieso vornimmt und durch den hierbei gewonnenen unmittelbaren Anblick der Geschwulst, wenn nötig mit nachfolgender mikroskopischer Untersuchung eines Probestückchens, völlig gesichert wird. Dem Kranken würde dabei in einem solchen Falle zugleich die Möglichkeit gegeben sein, den Arzt schon vor der Operation zu ermächtigen, ihn bei gesicherter Diagnose überhaupt nicht erst wieder aus der Betäubung aufwachen zu lassen. In ähnlicher Weise wäre bei anderen Krankheiten zu verfahren.

Diagnostische Irrtümer werden sich also im Gegensatz zu solchen bei Vollzug der Todesstrafe (Justizmorde) mit vollständigster Sicherheit vermeiden lassen.

Hält man ferner streng daran fest, daß die für eine Sterbehilfe in Frage kommende Krankheit unrettbar zum Tode führen muß, so werden ohne weiteres auch solche Bedenken (Galli [5]) gegenstandslos, daß ein Kranker der Sterbehilfe teilhaftig würde, der, seinen Qualen und der scheinbaren Hoffnungslosigkeit seines Leidens erliegend, sich unbegründeterweise nach dem Tode als Erlöser sehnt und alles aufbietet, um sich diesen Wunsch zu erfüllen, dann aber, wenn der ärgste Sturm vorüber und Aussicht auf Heilung eingetreten ist, selbst diesen Wunsch als Willensschwäche und Feigheit verurteilt.

Es kann noch entgegnet werden, daß doch vielleicht einmal unerwartet plötzlich neue Heilmittel für eine bis dahin als unheilbar geltende Krankheit oder wenigstens einen Teil ihrer Fälle gefunden werden könnten und dann wenigstens die letzten, durch Sterbehilfe bereits geendeten Krankheitsfälle dieser Art zum Teil vielleicht doch noch hätten gerettet werden können. Dagegen ist zu sagen, daß solche auch nur annähernd sicher wirkende Heilmittel leider nicht über Nacht gefunden werden, es vielmehr meist jahrelanger mühevollster Arbeit bedarf, bis etwa neue Arzneikomponenten oder sonstige Mittel zu auch nur einigermaßen greifbaren Ergebnissen in dieser Hinsicht führen. Es würde also immer noch genügend Zeit bleiben, bestimmte, als unheilbar geltende Krankheiten von der Anzeige zur Sterbehilfe wieder auszunehmen. Dasselbe gilt für etwaige neue schmerzstillende Mittel, die die körperlichen Qualen lindern, ohne zur Angewöhnung mit Herabsetzung der schmerzstillenden Wirkung zu führen, so daß das Leben für die kurze, ihm noch gegebene Spanne Zeit auch wieder lebenswert würde.

Man hat noch eingewendet, daß ja dem Kranken, wenn er das Ende wirklich ernstlich herbeisehne, der Weg zur Selbsttötung auf andere als arzneiliche Weise jederzeit offen stehe. Nicht wenige Kranke nehmen wirklich ihre Zuflucht zu diesem letzten Mittel, ihre Qualen zu enden, zugleich ein Beweis dafür, daß es ihnen mit dem Wunsche nach dem Ende bitter

ernst ist, was von Gegnern der Sterbehilfe öfters bestritten wird. Aber sich mit dem Vorliegen dieser Möglichkeit für jeden Kranken begnügen zu wollen, bedeutet nicht nur eine große Härte, sondern die Möglichkeit ist in vielen Fällen gar nicht einmal gegeben. Man bedenke, daß ein Handansichlegen durch gröbere Mitttel unter allen Umständen nicht nur einen starken Willen erfordert, den viele, bis zum Eintritt ihres Leidens vielleicht recht willensstarke, später aber durch ihre Qualen zermürbte Menschen gar nicht mehr aufzubringen vermögen, sondern auch rein physisch würden manchem dieser Kranken einfach die körperlichen Kräfte zur Ausführung einer solchen Tat fehlen.

Weit schwerer als alle bisher genannten Bedenken wiegen die auf ethischem und sozialem Gebiete.

Ein tieferes Eingehen auf die ethische Seite der Frage würde uns hier zu weit führen, ebenso muß auf eine Darstellung der verschiedenen Möglichkeiten des Aufbaus einer Ethik (universeller Evolutionismus, Utilitarismus, theologische Moral, soziale Momente u. a.) verzichtet werden. Ethik ist wörtlich mit Sittenlehre zu übersetzen. Besser wäre wohl die Uebersetzung mit Sittlichkeitslehre, denn wir verstehen unter Ethik meist nicht die Lehre von den Sitten, sondern von der Sittlichkeit, d. h. dem, was als sittlich, gut, moralisch gilt. Sowohl die Sitten selbst, als auch die Ansichten darüber, was als sittlich gilt, sind aber nichts unabänderlich Feststehendes, sondern unterliegen den mannigfaltigsten und einschneidendsten Aenderungen. Dem Leiden an sich können wir heute aber nur in ganz beschränktem Maße und nur unter der Voraussetzung seiner freiwilligen Uebernahme einen sittlichen Wert zuerkennen.

Börner (11) meint allerdings, daß, wenn auch christliches Erdulden aller Art ethisch gewiß nicht ohne weiteres wertvoll, es anderseits doch ebenso einseitig sei, die Fähigkeit zu leiden und zu dulden, nicht anerkennen zu wollen. Unter Betonung des angeblichen Wertes der Opfer eines Sokrates und Giordano Bruno stellt er diese als Vorbilder von Helden der Passivität, die ja nur eine bestimmte Art der Aktivität sei, dar. Der angeblichen Zwecklosigkeit des Leidens stehe der große, überragend erzieherische Wert des Ansporns, des Trostes, der Suggestion gegenüber — für alle, die in einem geringeren Grade zu leiden gezwungen sind. Wollten wir auf dieses Heldentum verzichten, so werde eine allgemeine Verweichlichung die unausbleibliche Folge sein. Es sei aber im Gegenteil nötig, auch noch den letzten Rest des Heldenhaften im Kranken auszulösen.

Henle (12), Wolfsdorf (13), Ostwald (14) haben diese Auffassung widerlegt, ersterer insbesondere unter Hinweis darauf, daß dann auch die Anwendung schmerzstillender Mittel überhaupt zu verwerfen sein würde. „Wer wollte Qualen, die er verhindern könnte, mit ansehen, deshalb, weil der Gefolterte ein schönes Beispiel von Heroismus gibt?“

Börner (11) wendet den an sich richtigen Grundsatz, daß jedes Leidertragen den Menschen stählt und ein Vorbild für andere gibt, insofern falsch an, als dies doch nur für freiwillig übernommenes Leid gilt, während von einem erzwungenen keine lebensfördernde Wirkung ausgeht. Die christliche absolute Ethik, wie sie ihren schärfsten Ausdruck in der Bergpredigt gefunden hat, legt ja bekanntlich auf das Ertragen von Leiden den größten Wert, denn Leid kommt von Gott und jeder Mensch soll Christus im Leidertragen nacheifern. Gewiß sind so hohe Beispiele von Leidertragen gegeben worden; für den Menschen sollte aber nicht das Leidertragen an sich, sondern nur die freudige Lebensbejahung und das tätige Schaffen in Frage kommen und auch eine so reine Urchristenethik, wie sie z. B. im Tagebuch Tolstois erscheint, ist unfruchtbar, weil im wirklichen Leben nicht anwendbar. Das gleiche gilt für die absolute Ethik des Buddhismus und der späteren europäischen Philosophie (Kant). Einer neuen Lebensauffassung kann aber nicht die absolute Liebe an sich als Grundlage dienen, sondern immer wieder nur das Leben selbst, das Moral und Ethik trägt (Seber).

Die Frage bedarf noch einer kurzen Besprechung vom Standpunkt der sogenannten ärztlichen Ethik aus.

Auch der unheilbare und schwer leidende Kranke, der an seiner Genesung selbst verzweifelt, will immer noch vom Arzte getröstet, d. h. getäuscht sein. „Wenn keine Hoffnung vorhanden ist, so belüge mich so geschickt, daß ich keinen Augenblick an der Wahrheit Deiner Worte zweifle!" (Weressájew (3)). Das ist das Leitmotiv, das aus den wenigen ärztlichen Abhandlungen über den Gegenstand immer wieder herausklingt. Selbst Aerzte lassen sich in dieser Hinsicht oft leicht täuschen. Ein mir bekannter, sehr tüchtiger an einem Melanosarkom leidender Kollege konnte bei der mikroskopischen Untersuchung einer ausgeschnittenen Metastase ohne weiteres davon überzeugt werden, es handle sich nur um harmlose Pigmentablagerungen.

Als Beweis für die Scheu der Kranken vor der Wahrheit hat man wohl auch angeführt, daß selbst Schwerleidende, die über ihren Zustand kaum noch im Zweifel sein können, nur verhältnismäßig selten die verhängnisvolle Frage an den Arzt richten. Sehen wir von den Fällen ab, in denen der Kranke aus äußeren Gründen zu einer solchen Frage gezwungen ist (Erbregelung), so kann er unter den jetzigen Verhältnissen von ihr auch keinerlei Vorteil erwarten, denn er läuft nur Gefahr, sein letztes Besitztum, die oft immer noch glimmende Hoffnung auf Genesung, zu verlieren, ohne gleichzeitig als Ersatz die Erlösung von seinen Qualen in Aussicht gestellt zu bekommen. Die Tatsache, daß heute der Arzt noch nicht berechtigt ist, das Leben eines Kranken, sei es auch auf ausdrücklichstes Verlangen, abzukürzen, ist auch in weiteren Volkskreisen zu bekannt, als daß nicht viele Kranke, die auf ihrem Schmerzenslager viel Zeit zum Nachdenken haben, von selbst zu der

Erkenntnis kommen, daß ihnen eine solche Frage nur neue Not ohne Gewinn schaffen muß. Aendern sich die Verhältnisse dahin, daß sich der Arzt auch als Erlöser betätigen darf, werden sich auch die letzten Fragen der Kranken häufen. Im übrigen braucht nur auf die erwähnten durchaus nicht seltenen Fälle von Selbsttötung Kranker hingewiesen zu werden, um zu beweisen, wie ernst es vielen Leidenden mit der Erfüllung ihres letzten Wunsches ist. Die Leiden können eben unerträglich werden und den Kranken schließlich dahin bringen, daß er im Arzte nicht mehr den helfenden Freund sieht, sondern ihn wegen Versagung der letzten Hilfe zu hassen anfängt, ja ihm flucht. „Schurken seid Ihr alle, Scharlatane! So tötet mich doch, um Gotteswillen — ich will ja nichts weiter von Euch!" (Weressájew [3]).

Auch der Einwand, daß der Gemütszustand des Kranken, der sich zur Sterbehilfe entschlossen, Schwankungen unterliegen und der Kranke in seinem Entschluß wieder wankend werden könne, ist von keiner größeren Bedeutung; denn es wird dem Kranken selbstverständlich immer freistehen müssen, seinen Entschluß zu widerrufen, wenn die letzte Entscheidung an ihn herantritt. Und warum den Starken versagen, was zu erbitten oder durchzuführen die Schwachen unfähig sind?

In der unterschiedslosen Verallgemeinerung, daß jeder Kranke sich mit Zähigkeit ans Leben klammere, liegt meines Erachtens überhaupt eine Erniedrigung des Besten im Menschen.

Moll (15), der bekannte Verfasser der „Aerztlichen Ethik" betont übrigens selbst, daß es eine besondere ärztliche Ethik eigentlich nicht gibt, diese sich vielmehr mit der allgemeinen menschlichen deckt und häufig nur ärztliche Ethik mit ärztlicher Etikette, d. h. Standespflichten verwechselt wird, die oft einen viel wichtigeren Einfluß auf das Handeln ausüben als die wahre Ethik:

„Wir haben vom Standpunkt der Ethik in der Medizin kein Reichsgericht, dem sich die Ueberzeugung der andern zu beugen hat. Jeder hat das moralische Recht seiner eigenen Ueberzeugung gemäß zu handeln und für die ethische Beurteilung einer Handlung kann nur die Ueberzeugung des Handelnden in Betracht kommen."

Auch Hoche (2) weist darauf hin, daß eine bestimmte ärztliche Sittenlehre nirgends festgelegt sei und es nicht sein könne, sie also auch nicht als ein ewig gleichbleibendes Gebilde anzusehen sei. Er (16) betont, daß es zwar auch heute noch eine unerläßliche Forderung der ärztlichen Ethik sei, daß der Akt der Sterbehilfe keine Verkürzung des Lebens bedeuten dürfe, fügt aber später (2) selbst hinzu, daß von dem Augenblicke an, in dem z. B. die Tötung Unheilbarer oder die Beseitigung geistig Toter nicht nur als nicht strafbar, sondern als ein für die allgemeine Wohlfahrt wünschenswertes Ziel erkannt und allgemein anerkannt wäre, in der ärztlichen Sittenlehre jedenfalls keine ausschlaggebenden Gegengründe zu finden sein würden und er selbst jenen Satz gern dahin abändern

würde, daß es früher eine unerläßliche Forderung der ärztlichen Ethik war usw.

Bisher stand aber wohl die Mehrzahl der Aerzte der Sterbehilfe ablehnend gegenüber, wenn es auch unter ihnen begeisterte Vorkämpfer dafür gab (Ughetti [5]). Eingehendere Aeußerungen hierüber von seiten zahlreicherer Aerzte liegen allerdings kaum vor. Sieht man die in Betracht kommende Literatur durch, so ist man überrascht, wie selten die Aerzte an die ihnen doch so naheliegende Frage gerührt haben. Abgesehen von der ethischen Beleuchtung der Angelegenheit in besonderen Lehrbüchern der ärztlichen Ethik (Moll [15]), ist dabei die Frage auch von diesen wenigen Aerzten meist nur in dichterischer Form behandelt worden (Marriot, Nassauer). Meines Wissens hat man nur in Italien einmal eine allgemeine Rundfrage über den Gegenstand unter den Aerzten veranstaltet, wobei sich der weitaus größte Teil gegen eine Sterbehilfe aussprach, einige unentschieden waren und nur wenige unbedingt dafür eintraten. Ughetti (5) weist mit Recht darauf hin, daß die Sache hier ähnlich wie bei der Todesstrafe liegt. Die überwiegende Mehrzahl hält sie für unentbehrlich, vollziehen will sie keiner.

Mit dem Widerstande vieler Aerzte wird auch noch für einige Zeit zu rechnen sein. Zum Teil wenigstens dürften da auch Erwägungen anderer Art mitspielen. Wer die Abneigung vieler Kranker überhaupt gegen jede arzneiliche Behandlung oder gar Einspritzung kennt, wird es den Aerzten nicht verübeln dürfen, wenn sie die Herbeiführung der Sterbehilfe auf diese oder ähnliche Weise ablehnen, denn viele Kranke würden auch in leichteren Erkrankungsfällen den Arzt nicht zu Rate ziehen, von dem ihnen bekannt ist, daß er dem Wunsche nach Sterbehilfe, sei diese auch gesetzlich geregelt, entspricht.

Bis zu einem erheblichen Grade, wenn vielleicht auch nicht völlig, würden sich diese Bedenken sowohl für den Kranken, als den Arzt dadurch beseitigen lassen, daß letzterer nach Erfüllung aller sonstigen Vorbedingungen dem Kranken das nötige Mittel nur in die Hand gibt, seine Anwendung aber ihm selbst überläßt, wobei es sich dann freilich wohl nur um Anwendung per os handeln kann. Von der Anwesenheit des Arztes aber auch hierbei und bis zum Eintritt des Todes wird man schon aus rechtlichen Gründen nicht abgehen können.

Es wird schon heute niemand mehr behaupten wollen, daß es in jedem Falle eine Gemütsroheit des Arztes sein müsse, einem schwerleidenden Verlorenen auf ausdrückliches Verlangen die ungeschminkte Wahrheit zu sagen. Der Arzt ist hierzu oft genug geradezu verpflichtet (Testamentserrichtung). Ist es nicht menschlich, wenn der Arzt noch einen Schritt weiter geht und dem Kranken für die Hoffnung, die er ihm nehmen muß, wenigstens gleichzeitig auch die Mittel zur Beendigung seiner Leiden in die Hand gibt?

In Wirklichkeit wird man in der Annahme kaum fehlgehen, daß schon heute manche ethisch durchaus hochstehende

Aerzte, ja gerade solche, sich für die letzte Hilfe bei Sterbenden den Grundsatz zu eigen gemacht haben: „Wir wollen nie davon sprechen, aber immer danach handeln!"

Es bleiben nur noch wenige Worte zu sagen über die sozialen Gründe, die man gegen die Sterbehilfe vorgebracht hat. Selbst der kränkeste und dadurch wertlose Mensch sei immer noch Mitbesitz der menschlichen Gesellschaft und auch wenn er selbst den dringenden Wunsch nach Erlösung habe, ständen dem immer noch soziale Gründe entgegen; denn das allgemeine menschliche, soziale und staatliche Gebot der Achtung und Erhaltung des Lebens der Mitmenschen sei ungleich wichtiger und wertvoller, als die private Rücksicht auf das erloschene Lebensinteresse des einzelnen (Kaßler [17]). Am schärfsten hat diesen Standpunkt wohl Hanauer (18) betont, der unter den Eindrücken des Krieges, allerdings noch vor Kriegsende, die Ansicht vertritt, daß die ungeheueren Bevölkerungsverluste uns dazu zwängen, jedes einzelne Leben zu erhalten und der Staat deshalb gar nicht in der Lage sei, in erster Linie qualitative Rassenhygiene zu treiben, es ihm vielmehr vor allem auf Wiederausgleich der Zahlenverluste ankommen müsse.

Ich meine demgegenüber, daß, wenn je, so heute der Staat in allererster Linie Interesse an qualitativer Rassenhygiene und erst in zweiter am Ausgleich des Bevölkerungsverlustes haben muß. Auf den Unwert, ja negativen Wert manchen Menschenlebens für die Gesellschaft ist auch schon vor dem Kriege öfters hingewiesen worden und man hat mit Recht betont, daß die Allgemeinheit nur ein Interesse an der Erhaltung des wertvollen, nützlichen Lebens, nicht aber des leidenden, untätigen, sich und anderen zur Last fallenden Menschen hat (Dosenheimer [20]) und daß die gesellschafts-biologischen, eugenischen, sozialhygienischen Ziele keineswegs den wirtschaftlichen und psychischen, oft auch physischen Untergang einer ganzen Familie infolge unheilbaren Siechtums eines ihrer Angehörigen verlangen (Elster [19]).

Ich bin mir wohl bewußt, daß die vorstehenden Ausführungen keineswegs den ungeteilten Beifall der Aerzteschaft finden werden, zumal mich nicht der Name eines Binding oder Hoche deckt. Aber ebensosehr bin ich überzeugt, daß eine gesetzliche Regelung der Sterbehilfe in irgendeiner Form kommen wird und die neue Zeit mit ihrer gewaltigen Umwertung vieler Begriffe auch auf unserem ärztlichen Gebiete manchem Neuen die Wege ebnen dürfte, für das einzutreten die hergebrachte Sitte bisher verbot; denn „das Leben zusammen mit dem Schmerz erlöschen lassen, wenn es doch unwiederbringlich verloren ist und die Schmerzen sich durch nichts mehr lindern und besänftigen lassen, das ist ein Werk der Barmherzigkeit, das aus barbarischen Zeiten stammend, durch unsere Beweggründe veredelt, heute die Sanktionierung der Moral, der Wissenschaft und des Gesetzes fordert" (Ughetti [5]).

Literatur.*)

1) Nothnagel: Das Sterben; Wien, Perles. — 2) Binding-Hoche: Die Freigabe der Vernichtung lebensunwerten Lebens; Leipzig, Meiner. — 3) Weressájew: Bekenntnisse eines Arztes; Stuttgart, Lutz. — 4) Samuel; Eulenburgs Realenzyklopädie, 2. Aufl. — 5) Galli-Ughetti; Münchener Med. Woch. 1913/552. — 6) Jost; cit. loc. 2. — 7) Gerkan-Ostwald: Das monistische Jahrhundert; H. 7 vom 17. Mai 1913. — 8) Mitt. über die Verh. d. Landtags; I. K., Nr. 10 vom 7. Jan. 1902. — 9) Wilutzky: Das Recht, V. Nr. 18. — 10) Braun: Das monistische Jahrhundert, H. 31 vom 1. November 1913. — 11) Börner; ebenda, H. 10 vom 7. Juni 1913. — 12) Henle; ebenda, H. 12 vom 21. Juni 1913. — 13) Wolfsdorf; ebenda. — 14) Ostwald; ebenda, H. 13 vom 28. Juni 1913. — 15) Moll: Aerztl. Ethik; Stuttgart, Enke. — 16) Hoche: Vom Sterben; Jena, Fischer. — 17) Kaßler; Deutsche Jur. Ztg. XX., H. 3/4. — 18) Hanauer; Ther. Monatshefte; XXXI/S. 107. — 19) Elster; Ztschft. f. d. ges. Strafrechtswissenschaft, Bd. 36. — 20) Dosenheimer: Das monistische Jahrhundert; H. 5/6 vom 15. Mai 1915.

Selbstschutz der Medizinalbeamten.

Von Geh. Med.-Rat Dr. **Borntraeger**-Düsseldorf.

Zu meinen Ausführungen in Nr. 9 dieser Zeitschrift über „das Altersgrenze-Gesetz und die Medizinalbeamten“ sind einige Aeußerungen am gleichen Orte erschienen. Zunächst stellte das „Presse-Referat des Wohlfahrtsministeriums“ in Nr. 11 mehrere meiner Angaben als nicht zutreffend oder nicht berechtigt hin. Es würde ein Leichtes sein, die Unzulänglichkeiten dieser Gegenerklärung nachzuweisen, ja, ich könnte meine Beschwerden über die Art der Ausführung des Gesetzes innerhalb der Medizinalverwaltung noch mehr zuschärfen; da es mir aber widerstsrebt, nicht unbedingt nötige Polemik weiter zu treiben, so unterdrücke ich den Trieb zur Erwiderung. „Ne bis in idem“, sagt der Jurist. Nur über den Schluß der pressereferalichen Darlegung muß ich noch ein paar Worte sagen. Dieses erklärt meine Bemerkung über die „Niederhaltung des staatlichen Medizinalbeamtenstandes“ als eine „unberechtigte Unterstellung“ gegenüber der Medizinalverwaltung, geeignet, das „allgemeine Ansehen“ des erwähnten Standes zu schädigen. Ich bestreite dem „Pressereferate“ die Eignung, über das, was meinem eigenen Stande nützlich oder schädlich ist, treffender zu urteilen als ich selbst, und frage sodann: Wo habe ich der Medizinalverwaltung den betreffenden Vorwurf bisher gemacht? Mit nicht mißzuverstehender Deutlichkeit habe ich von gewissen, auf die Verwaltung einwirkenden „Einflüssen“ als den „treibenden Kräften für die Niederhaltung des staalichen Medizinalbeamtenstandes“ gesprochen, und daß diese am Werke sind, darüber kann doch wirklich kein Zweifel bestehen. Werden diese „Einflüsse“ etwa bereits mit der Medizinalverwaltung identifiziert? Das wird doch wohl kaum anerkannt werden. Es handelt sich also bei dem „Pressereferat“ um die Abwehr eines garnicht er-

---

*) Die Arbeiten von Klee und Straßmann (Aerztl. Sachverständigen-Zeitung; 1921, Nr. 1) gelangten leider erst jetzt zu meiner Kenntnis.
Der Verfasser.

folgten Angriffes, und es wäre mein gutes Recht, seine „unberechtigte Unterstellung energisch zurückzuweisen“, wenn ich die imponierende Hochebene dieser modernen Ausdrucksweise zu erklimmen vermöchte.

Sodann hat Herr Dr. Rixen in Nr. 12 im Anschluß an meine Ausführungen einige auch schon von anderen vorgebrachte Gedanken über die Notwendigkeit einer Beamten-Altersgrenze wiederholt. Er hat mich offenbar garnicht verstanden. Anscheinend hat er die Verhandlungen in der Landesversammlung nicht näher verfolgt. Jedenfalls setzt er sich über alles Wesentliche in meinen Ausführungen, also über den von mir behaupteten Widerspruch des neuen Gesetzes mit den voll erworbenen Rechten der unter anderen Bedingungen angestellten Beamten, über die ebenso vom rein menschlichen wie vom rechtlichen Standpunkte anfechtbare Ueberstürzung in der Einführung der Altersgrenze, über die Ungeeigentheit des Zeitpunktes wegen der staatlichen Verarmung, über die verschiedenartige und zum Teil schwer angreifbare Art der Ausführung des Gesetzes in den einzelnen Verwaltungen und was damit zusammenhängt, schlank hinweg und betrachtet meine ganzen Darlegungen einfach als das Ergebnis einer „Verbitterung“ über meine eigene Zwangspensionierung. Als ob ich aus solchem Grunde die Allgemeinheit mit einem Aufsatze behelligen würde! Wie klein schätzen doch manche Menschen einander ein! Ich glaube mich der bestimmten Hoffnung hingeben zu dürfen, daß die überwiegende Mehrheit der Leser dieser Zeitschrift glücklicher im Verständnisse meiner Betrachtungen gewesen ist.

Sachlich von Bedeutung ist, daß, wie auch schon der Herausgeber dieser Zeitschrift in einer Bemerkung, S. 225 in Nr. 12, anführte, das Landgericht I zu Berlin zugunsten eines zwangspensionierten Richters entschieden hat, d. h., der Staat muß ihm mit Rücksicht auf die vollerworbenen und gewährleisteten Rechte der alten Beamten das volle Gehalt, also nicht nur das Ruhegehalt weiterzahlen. Um anderes handelt es sich, wie ich bereits (s. S. 159 in meinen ersten Ausführungen) für jedermann klar gesagt habe, nicht; für die Altersgrenze Begeisterte haben somit gar keine Ursache, eine Rückkehr alter Beamter als Vordermänner in den aktiven Staatsdienst zu fürchten. Die Entscheidungen von Oberlandesgericht und Reichsgericht sind jetzt abzuwarten. —

Nachdem nun einmal das „Pressereferat des Wohlfahrtsministeriums“ von sich aus auf die Frage der Beteiligung der Medizinalverwaltung an der „Niederhaltung des staatlichen Medizinalbeamtenstandes“ zu sprechen gekommen ist, wird es am Platze sein, auf die ganze Angelegenheit etwas näher einzugehen und sich dabei Rechenschaft zu geben, ob beim Lesen jener Presse-Aeußerung sich eine Erinnerung an die französische Spruchwendung mit Recht oder Unrecht einstellt: Wer sich entschuldigt, klagt sich an.

Es ist richtig, daß in Kreisen der Medizinalbeamten eine

zunehmende Unzufriedenheit über eine offenkundige mehrfache Zurücksetzung gegen andere gleichartige Beamtengruppen wie über die andauernde Nichterfüllung wichtiger berechtigter Forderungen besteht, und es ist weiter zweifellos, daß die Ursache für diese Klagen in steigendem Maße bei der Medizinalverwaltung gesucht wird. Ueber diese Klagen braucht in dieser Zeitschrift keine eingehende Abhandlung geschrieben werden; es sei nur Nachfolgendes der Uebersichtlichkeit wegen zusammengestellt.

Allgemein, d. h. von der überwiegenden Mehrheit der Medizinalbeamten, wird folgendes dringend gewünscht:

1. Beibehaltung des staatlichen Charakters der Kreisärzte, Ablehnung jeder Kommunalisierung, tunlichste Angliederung der kommunalärztlichen und fürsorgerischen Tätigkeit an diesen Kreisarzt im Hauptamte, nicht umgekehrt, Verhütung zu reichlicher Absplitterung bisheriger kreisärztlicher Geschäfte an einen selbständig daneben bestehenden Kommunalarzt in großen Kreisen oder Städten, am besten auch hier Schaffung eines umfangreichen Kreisarzt-Kommunalarzt-Amtes mit den erforderlichen ärztlichen und sonstigen Hilfskräften.

Der Ruf nach Kommunalisierung der Kreisärzte wird zur Zeit in der Oeffentlichkeit weniger gehört; dagegen gehen die Bestrebungen nach Uebertragung der kreisärztlichen Geschäfte auf den Kommunalarzt wie nach Schaffung immer neuer Stadt- und Kreiskommunalarztstellen, selbst in kleineren Städten, mit dem Wunsche, diesen wenigstens einen größeren Teil der bisher kreisärztlichen Tätigkeiten überwiesen zu sehen, rüstig weiter. Die Medizinalverwaltung steht diesen Bestrebungen anscheinend, trotz der am 28. Dezember 1919 herausgegebenen Richtlinien, grundsätzlich in Zurückhaltung und Ohnseitigkeit gegenüber und entscheidet, soweit überhaupt nötig, von Fall zu Fall nach Lage der Verhältnisse. Formell mag das richtig sein, insofern, als die Gemeinden für die Anstellung von Kommunalärzten ministerieller Genehmigung nicht bedürfen. Trotzdem könnte natürlich der Medizinalminister manchen Druck zugunsten der Kreisärzte wirken lassen wie manche Einschränkung zuungunsten der Kommunalärzte ausüben, wenn er wollte. Dieser Wille scheint aber infolge der herrschenden Zeitströmung nicht vorhanden zu sein; nicht unmöglich, daß auch das Finanzministerium zugunsten der dem Staate nichts kostenden Kommunalärzte wirkt; jedenfalls wird die Tätigkeit der Kreisärzte durch das immer weitere Aufkommen der Kommunalärzte ungehemmt mehr und mehr eingeengt; dies liegt aber zweifellos weder im Interesse der Bevölkerung noch der staatlichen Medizinalbeamten.

2. Vollbesoldung aller Gerichtsärzte und nicht vollbesoldeten Kreisärzte.

Nach der Fülle von Aufgaben, die die Dienstanweisung vom 23. März 1901 sämtlichen Kreisärzten in gleicher Weise zuerteilte, war es im Grunde schon ein Widerspruch, daß das an demselben 1. April 1901 in Kraft tretende Kreisarzt-

gesetz vom 16. September 1899 trotz dieser Vollbeschäftigung aller Kreismedizinalbeamten — übrigens einschließlich der Gerichtsärzte — einen Unterschied zwischen Vollbesoldung und Nichtvollbesoldung machte, ja, die Vollbesoldung als die Ausnahme hinstellte und so die Gruppe der Kreismedizinalbeamten in 2 Teile zerriß — ein Vorgang, der, abgesehen von den Veterinärbeamten, meines Wissens in der preußischen Verwaltung nicht wieder vorkommt. Auch die Landräte erhalten doch meines Wissens stets dasselbe staatliche Gehalt, mögen sie nun in einem hannoverschen Zwergkreise oder in einem großen rheinischen Industriekreise ihr Amt ausüben. Und das Mißverhältnis wurde bei den Medizinalbeamten dauernd größer, als den Kreisärzten in ihrer Gesamtheit immer neue Aufgaben auferlegt wurden, so auch durch die erweiterte Dienstanweisung vom 1. September 1909 mit Nachträgen, einerlei, ob sie vollbesoldet waren oder nicht, ob sie dadurch in der Ausübung ihrer Privatpraxis gehemmt wurden, und ob das Tempo, in dem neue vollbesoldete Kreisarztsstellen geschaffen wurden, ein sehr langsames blieb. Verständlich und allenfalls erträglich wurden die Verhältnisse damals dadurch, daß die ganze Staatsverwaltung den Stempel größter Solidität und Sparsamkeit trug, daß die Medizinalverwaltung es sich angelegen sein ließ, den Kreismedizinalbeamten Nebenbeschäftungen zuzuwenden, daß die nicht vollbesoldeten die immer zahlreicheren Gebühren für sich behalten durften, ferner, daß Parteirichtungen von unanfechtbarer vaterländischer und gemeinnütziger Gesinnung der Herausnahme der Kreisärzte aus der ärztlichen Praxis mit Gründen widerstrebten, über die nicht ohne weiteres zur Tagesordnung übergegangen werden konnte, und daß endlich recht viele Kreisärzte selbst gar nicht in die Gruppe der reinen Beamten aufgenommen werden wollten. Das alles hat sich in den letzten Jahren wesentlich geändert. Immer mehr Kreisärzte wollen vollbesoldet werden; die heutigen Parteien gehen meines Wissens ohne grundsätzlichen Widerspruch darauf aus, die Kreisärzte als volle Beamte hinzustellen, zum wenigsten erwarten die maßgeblichen demokratischen Parteien das ganze Heil der Zukunft in hohem Maße von der körperlichen Gesundung und Kräftigung des deutschen Volkes, sie müssen also auch bereit sein, für die Gesundheitspflege und ihre Beamten größere geldliche Mittel zur Verfügung zu stellen. Die Abgabepflicht für amtliche Gebühren ist neuerdings auch auf nicht vollbesoldete Kreismedizinalbeamten ausgedehnt, neue Nebenämter werden ihnen kaum zugewiesen, vielmehr alte, z. B. als Kreiskommunalarzt, Stadtarzt, genommen; und mit der Sparsamkeit in der Verwaltung ist es längst vorbei, indem anderswo immer neue Beamten in Massen bedenkenlos geschaffen und angestellt, manche Stellen aus parteipolitischen Rücksichten doppelt besetzt und auch sonst hohe neue Ausgaben fortgesetzt bewilligt werden. Unter diesen Umständen ist in der Tat schwer anzunehmen, daß bei klarem, zielbewußten Willen in der Medizinalverwal-

tung nicht eine größere Zahl von Vollbesoldungen der Kreismedizinalbeamten bereits hätte erreicht werden können. Waren Widerstände da, so mußten sie gebrochen werden. Es geht doch schließlich nicht an, immer andere Stellen, etwa das Finanzministerium, als schuldig an der Nichterfüllung berechtigter Forderungen für die Gesundheitspflege auszugeben. Solche sind ja nicht allmächtige und willkürliche Autokraten, sondern ihre Meinungen sind ganz wesentlich davon abhängig, mit welcher Ueberzeugungs- und Willenskraft jedes Ressort jeweils seine Anträge vertritt und damit auch auf die entscheidenden Instanzen einwirkt. Ist hier nicht die Medizinalverwaltung hinter der Gunst des Augenblickes im Gegensatze zu anderen Ressorts zurückgeblieben? Im diesjährigen Etat ist nunmehr die Umwandlung von 45 nicht vollbesoldeten Kreisarztsstellen — von keiner Gerichtsarztstelle — in vollbesoldete vorgesehen, darunter allein von 6 für den Regierungsbezirk Düsseldorf. Hoffen wir, daß dieser Etat nunmehr endlich und nach dieser Richtung ungekürzt angenommen und in der Folge die weitere Umwandlung beschleunigt werde! Ob es gelingen wird? Bei der trostlosen Lage unserer Staatsfinanzen, den hohen Fehlbeträgen und den kürzlich übernommenen riesigen jährlichen deutschen Zahlungsverpflichtungen an die Westmächte wäre es nicht zu verwundern, wenn sich der richtige Zeitpunkt als verpaßt erwiesen und die Einsetzung einer größeren Zahl von vollen Staatsmedizinalbeamten, kaum begonnen, wieder ins Stocken geriete.

3. Gewährung ausreichender Dienstaufwands-Entschädigungen an alle Kreis- und Gerichtsärzte.

Hierüber können dieselben Gesichtspunkte wie zu 2 geltend gemacht werden. Die bisherigen Sätze waren derartig gering und der allgemeinen Geldentwertung so wenig gefolgt, daß sie geradezu eine Stillegung der betreffenden Aemter bedeuteten, bezw. deren Verwalter nötigten, erhebliche Beträge aus ihrer eigenen Tasche zur Aufrechterhaltung des „Betriebes“ auszulegen — ein geradezu unglaublicher, sich sonst in der Verwaltung wohl kaum wiederholender Zustand. Und er wirkte um so mehr niederdrückend und schädlich, als den Kommunalärzten, also, wenn ich in gewissem Sinne den Ausdruck gebrauchen darf, den „Konkurrenzstellen“ der Kreisärzte, von den Kreis- und Stadtverwaltungen Geld, Räume und Hilfskräfte in ausgiebigster Menge zur Verfügung gestellt wurden. Der staatliche Medizinalbeamte war also auch hier sichtlich benachteiligt.

Jetzt endlich sieht der neue Etat eine Besserung vor, doch ist sie unzulänglich; die Annahme selbst bleibt abzuwarten.

4. Günstige Regelung der Gebührenbesoldungsfrage für die Kreis-, Gerichts- und Kreisassistenzärzte.

Es ist zweifellos, daß die Frage, welche Gebühren an den Staat abzuführen und welche von den Kreismedizinalbeamten

zu behalten sind, bei der unnatürlichen Zerlegung dieser Beamtengruppe in eine vollbesoldete und eine nicht vollbesoldete schwierig ist, und daß anderseits diese Lösung bisher auf dem Wege der vertrauensärztlichen Tätigkeit zugunsten der Beamten erfolgt war. Nunmehr soll die Abführung der angeblichen Gebühren an den Fiskus in erweitertem Umfange erfolgen, so daß die vorgesehene Gehaltsaufbesserung auf diese Weise wiederum vermindert wird, wodurch Unzufriedenheit bei den Betroffenen erregt wird. Es könnte folgerichtig erscheinen, alle Gebühren der Kreismedizinalbeamten nach ihrer Vollbesoldung an den Staat fallen zu lassen, soweit sie nicht aus einer besonders gestatteten Nebentätigkeit fließen, und damit die amtliche Arbeit der Medizinalbeamten gleich derjenigen anderer Beamten dem Staate uneingeschränkt zugute kommen zu lassen; damit würde auch die bisher bestehende, geradezu unhaltbare Eigentümlichkeit wenigstens gemildert werden, daß ein zum Regierungs- und Medizinalrat ernannter Kreisarzt diese Beförderung mit einem Verlust an Einkommen zu büßen hat, wie wir jetzigen oder ehemaligen Regierungs- und Medizinalräte wohl sämtlich an der eigenen Börse erfahren haben. Auf der anderen Seite ist nicht zu vergessen, daß viele Kreisärzte, zumal in größeren Städten und in Industriebezirken, in der Umwelt einer Aerzteschaft mit sehr hohen Einkünften leben; es würde gerade heute, da die ideellen „Prärogative“ der alten Zeit für die Beamten sämtlich gefallen sind und das Geld der Wertmesser für ausnahmslos alle Dinge und Stellungen geworden ist, auf die Gewinnung tüchtiger Medizinalbeamter wie auf ihr Ansehen nachteilig zurückwirken, wenn deren Einkünfte zu sehr hinter denen der praktischen Aerzte zurückblieben, zumal nachdem zum wenigsten den Knappschaftsärzten nicht unerhebliche Vergütungen für den Fall der Dienstunfähigkeit zugesichert sind, also auch die Vergünstigung des Ruhegehaltes bei den Beamten insoweit an Wert gemindert ist. Will der Staat also tüchtige Gesundheitsbeamte sich sichern, so wird er ihnen ständige, nicht dem Wechsel, zumal der Verringerung ausgesetzte Vorteile zubilligen müssen. Ob hier die Medizinalverwaltung für ihre Beamten die vertretbar günstigsten Bedingungen erreicht hat?

5. Ausstattung der Medizinalbeamten aller Grade mit einer größeren Selbständigkeit, Reise- und Bewegungsfreiheit.

Die Erfahrung hat gelehrt, daß mit freier Eigenbewegung ausgestattete, nicht erst auf die Genehmigung anderer Stellen angewiesene, zu gewissen Anordnungen berechtigte Medizinalbeamte ganz wesentliche Faktoren zumal bei der Seuchenbekämpfung sind; da über Hemmungen nach dieser Richtung wiederholt aus den Kreisen der Medizinalbeamten geklagt ist — ich selbst kann über üble Erfahrungen nicht berichten —, so erscheint eine Ausfüllung der hier vorhandenen Lücke bald geboten.

6. Gleichstellung der Medizinalbeamten in bezug auf Amtscharakter und Amtsstellung mit den übrigen technischen Beamtengruppen, also Verleihung der Rats- und Oberratseigenschaft.

Es gehört zu den Errungenschaften der angeblich titelfeindlichen, gleichmachenden deutschen „Räte-Republik“, daß alles, was ein bißchen nichts ist, sich den Ratstitel beilegt: „Soldatenräte“, „Betriebsrat“, „Beiräte“ ohne Zahl —, daß der eigentliche höhere — sit venia verbo! — Beamtenmensch mit dem „Rate“ anfängt: „Studienrat“, „Gerichtsrat“, „Zollrat“ —, und daß für möglichst viele „gewichtigere“ Persönlichkeiten — obwohl im Gleichheitsstaate jeder Komparativ von Amtswegen verboten sein müßte — der „Ober“-Titel eingeführt ist: „Obersekretär“, „Oberaufseher“, „Oberbahnmeister“, „Obergenosse“, „Oberrat“ — „Ober“, „Ober“ und kein Ende, schwirrt es durch das demokratische Deutschland wie in einem Gasthause hinter dem bekannten Frackbekleideten her. Erst neuerdings sind im Reichsgesundheitsamt zahlreiche Mitglieder „Oberregierungsräte“ geworden. Es ist daher den Kreisärzten nicht zu verargen, daß sie unter allen diesen hochmögenden Ratskameraden nicht so ziemlich den einzigen „Unrat“ darstellen wollen, vielmehr ebenfalls den Ratstitel als Amtsbezeichnung von vornherein erstreben, und das mit um so größerem Nachdrucke, als der „Medizinalrat“ als Titel nicht mehr verliehen wird, sie also bis ans Ende ihrer Beamtenlaufbahn — falls die heutigen Zustände so lange dauern — sich mit der Amtsbezeichnung „Kreisarzt“ begnügen müßten, während um sie herum die „Medizinalräte“ nur so emporwuchern wie Pilze nach dem warmen Regen. Mit eigenem souveränen Titelrecht haben die Provinzen sich die „Landesmedizinalräte“, die Städte die „Stadtmedizinalräte“ geschaffen; wie lange wird es dauern, dann werden die „Kreiskommunalärzte“ zu „Kreismedizinalräten“! Dazu haben die deutschen „Versorgungsämter“ gegen 850 „Regierungs-Medizinalräte“ und etwa 60 „Obermedizinalräte“ angestellt. Und da die übrigen lokalen staatlichen Beamten die Amtsbezeichnung „Regierungs- und Baurat“ statt des früheren „Bauinspektors“ usw. erhalten haben, so wünschen bekanntlich die Kreisärzte die Amtsbezeichnung „Regierungs- und Medizinalrat“. Es mag dahingestellt bleiben, ob dieser Wunsch gutzuheißen ist, ob nicht gerade wegen der großen Entwertung des Ratstitels die kurze und treffende rein deutsche Bezeichnung „Kreisarzt“ vorzuziehen ist, und ob nicht die Benennung „Regierungs- und Medizinalrat“ einerseits leicht zu weiterer Verwirrung und Verwechselung führen, anderseits die Gewinnung geeigneter Lokalmedizinalräte zu Bezirksmedizinalräten immer weiter erschweren würde; zweifellos ist jedoch, daß das, was z. B. den Baubeamten recht ist, den Medizinalbeamten billig sein muß, und daß es zu dieser Verschiedenheit der Regelung bei den einzelnen Beamtengruppen eigentlich nie hätte kommen dürfen. Ist auch hier

nicht doch vielleicht die Medizinalverwaltung etwas zu spät gekommen? Sind ihr nicht andere preußische Verwaltungen wie auch die medizinischen Verwaltungsstellen in anderen deutschen Ländern an selbständiger Entschlußkraft zugunsten ihrer Beamten zuvorgekommen? War und ist es tatsächlich unabwendbar, ausgesucht den Titel als „Medizinalrat“ wie als „Regierungs-Medizinalrat“ (auf das fehlende „und“ zwischen beiden Worten legt doch kein Mensch in der Bevölkerung Wert) so vulgär werden und dadurch entwerten zu lassen? In einer Weise, wie man das, soweit ich zu sehen vermag, mit anderen technischen Titeln nicht tut? Sollten hier wirklich nicht, wie früher, ausgleichende Abmachungen zwischen den einzelnen Verwaltungen möglich sein? Dabei ist die Amtsbezeichnung „Regierungs-Medizinalrat“ für die ehemaligen Militärärzte und ihre Bestimmung denkbar wenig charakteristisch, für die Bevölkerung irreführend und für die geringe Zahl der bisherigen „Regierungs- und Medizinalräte“ an den Bezirksregierungen um so weniger rücksichtsvoll als zu jenen „Regierungs-Medizinalräten“ nicht etwa nur ältere und obere Militärärzte, sondern auch jüngere Hilfskräfte ernannt wurden, ja, ein mir als durchaus zuverlässiger Kollege gibt bestimmt an, in seinem Wohnorte führe auch ein ehemals militärischer Zahnarzt jetzt diesen Titel. War das alles wirklich nicht zu vermeiden? Gab es keine andere Amtsbezeichnung, wenn schon der militärische Titel wegfallen mußte? Warum sagte man nicht wenigstens „Reichs-Medizinalrat“ für diese älteren Stelleninhaber, sofern man nicht eine besondere Amtsbezeichnung einführen wollte oder konnte? Und endlich: Warum ist unsere eigene Verwaltung nicht den übrigen Verwaltungen, wenn schon nicht vorausgegangen, doch wenigstens darin gefolgt, „Obermedizinalräte“ für ihre Medizinalbeamten zu schaffen? Das „Pressereferat des Wohlfahrtsministeriums“ hebt hervor, daß es der Medizinalverwaltungen gelungen sei, den meisten der altersabgesägten Regierungs- und Medizinalräte die Vorteile einer Aufrückungsstelle zuzuwenden. Das ist richtig, ist aber keine Besonderheit der Medizinalverwaltung; das haben auch andere Verwaltungen getan, freilich mit dem Unterschiede, daß diese aufgerückten Beamten außer den Gebührnissen aus Besoldungsgruppe XII zum Teil auch den Rang und Titel der Oberräte erhielten, die Medizinalbeamten aber nur die Gebührnisse. So konnte z. B. ein Baurat als „Ober- und Geheimer Baurat“ abgehen, der Medizinalrat aber blieb „Geheimer Medizinalrat“. Warum nur auch hier wieder Verschiedenheit und Zurücksetzung? Die Rangerhöhung kostete der Medizinalverwaltung doch ebensowenig wie der Bauverwaltung, und andere Verwaltungen würden doch wohl kaum Einspruch dagegen erhoben haben. Man komme nicht mit der banalen Entgegnung, das seien gerade in der heutigen Zeit Fragen nichtiger Aeußerlichkeit. Das stimmt nicht. Keine deutsche Zeit ist wohl so titel- und ordenssüchtig gewesen wie die jetzige demokra-

tische. Außerdem lebt die Medizinalverwaltung mit ihren Beamten nicht unter anderen Menschen und Verhältnisse als die Bau- und Schulverwaltung mit den ihrigen, und was diesen recht ist, sollte wiederum jenen billig sein. Mir selbst ist es, um das persönliches Gekränktsein Witternden sogleich zu sagen, völlig gleichgiltig, ob man mich mit dem Titel „Oberrat" oder „Geheimrat" aus dem Staatsdienste entfernt, ja, ich glaube, daß, wenn man überhaupt auf Titel Wert legt, der „Geheimrat" im Kurse immer mehr steigen wird, während der „Ober" infolge der Massenproduktion bald auf dem Stande der Valuta der Papiermark angekommen sein wird. Alle diese Betrachtungen und Erwägungen ändern aber nichts an der Tatsache, daß die Versagung des Obermedizinalratscharakters an abgehende Regierungs- und Medizinalräte dem Ansehen des Medizinalbeamtenstandes, um das sich das „Pressereferat" ja besonders besorgt erweist, gegenüber anderen Beamtengruppen gewiß nicht als förderlich zu er achten ist.

Das Gleiche gilt hinsichtlich der aktiven Regierungs- und Medizinalräte. Bisher haben sämtliche Regierungs- und Medizinalräte an den 35 Bezirksregierungen den Ratscharakter, also die unterste Stufe der eigentlichen Beamtenstellungen inne. Nach dem neuen Etat sollen 11 davon als in „Sonderstellungen" in die Gruppe XII einrücken. Es sind dies zunächst die am Amtssitze des Oberpräsidenten befindlichen Regierungs- und Medizinalräte in ihrer Eigenschaft als Vorsitzende der mit dem 1. Juli in Tätigkeit getretenen „gerichtsärztlichen Provinzialausschüsse". Ob sie dabei den Amtscharakter als „Obermedizinalrat" erhalten, ist noch nicht öffentlich erkennbar, nur die Gehaltsaufbesserung ist bisher ersichtlich — sofern der Etat angenommen wird.

Wie steht es nun aber an anderen und großen Bezirksregierungen? Ich denke naturgemäß zunächst an die Bezirksregierung zu Düsseldorf. Dieser Bezirk enthält rund $3^{1}/_{2}$ Millionen Einwohner, also erheblich mehr als die „Länder" Württemberg und Hessen zusammen. Er umfaßt 30 Kreise mit 9 Großstädten, 31 Kreismedizinalbeamten, 12 besonderen ärztlichen Kommunalbeamten, rund 1600 Aerzten, 1400 Hebammen, 375 Apotheken, 260 Krankenhäusern, 40 staatlich anerkannten Schulen für Krankenpflege, Säuglingspflege und Wohlfahrtspflege, 100 Kanalisationen, 160 Wasserleitungen, zahlreichen Wohlfahrtseinrichtungen, Schulen usw., ist industriell sehr stark entwickelt, dazu ein Grenzbezirk mit vielen Einschleppungsmöglichkeiten für übertragbare Krankheiten auf den Wegen des regen Handels und Verkehrs zu Wasser und zu Lande; das eigentliche Regierungskollegium besteht aus rund 70 Mitgliedern. Der älteste Gewerberat, Schulrat, Hochbauer und Tiefbauer — hier zurzeit 2 —, zum Teil Männer in erst mittleren Jahren, sind bereits Oberräte mit Amtsbezeichnung, Befugnissen und Besoldung solcher, einer außerdem nur mit der Bewertung

— soll da der älteste Medizinalbeamte der Bezirksregierung trotz seiner geradezu ungewöhnlichen Inanspruchnahme und Verantwortlichkeit wieder allein vor allen Beamtengruppen — außer dem Veterinär — zurückstehen? Und für die großen Regierungen zu Arnsberg usw. — außerhalb des Wohnsitzes des Oberpräsidenten — gilt Aehnliches, alle mit medizinischen Hilfsarbeitern. Sollen nicht wenigstens diese betreffenden Medizinalratsstellen **alle** gehoben und mit Obermedizinalräten besetzt werden?

Man kann geteilter Meinung sein, ob diese Auflösung der Bezirksregierungen in einzelne, mit einer gewissen Selbständigkeit nebeneinander bestehende technische „Abteilungen" zweckmäßig ist; da ich vom Wohle des Ganzen, nicht des einzelnen Standes, ausgehe, bestreite ich es; das aber ist wiederum richtig: Wenn man die anderen Fakultäten selbständiger werden und avancieren läßt, dann darf der alte und doch gewiß ebenso wichtige Medizinalbeamtenstand nicht zurückbleiben. Warum ist das bisher nicht geschehen? Konnte hier wirklich die Medizinalverwaltung nicht erreichen, daß unser Stand mit den übrigen gleichen Schritt hält, nicht etwa bloß „prozentual"?[1]) Und müßte bei dem Aufrücken nicht mehr

---

[1]) Als Beweis über die in den beteiligten Kreisen darüber herrschende Mißstimmung sei der Inhalt des nachstehenden Briefes eines Regs.- und Med.-Rats mitgeteilt, den der **Herausgeber** dieser Zeitschrift vor wenigen Tagen erhalten hat:

„Mir scheint, wir Medizinalbeamten rutschen wohl ganz bergab. Während, soweit mir bekannt, Richter, Verwaltungsjuristen und andere Gruppen soviel **Aufrückungs- und Beförderungsstellen** haben, daß keiner von ihnen, wenn er einige Dienstjahre hat, aus Gruppe X pensioniert wird, hat man nur für ein Drittel der Medizinalbeamten Aufrückungsstellen vorgesehen und zwar nur für die vollbesoldeten und nicht für alle Medizinalbeamten!

Die **Amtsbezeichnungsfrage** ist für alle Beamten geregelt — nur nicht für die Medizinalbeamten und Veterinäre. Hier bei der Regierung ist ein Reg.-Baurat und Oberbaurat, der Reg.- und Schulrat und Oberregierungsrat und Schulrat beide in Gruppe XII; desgleichen der Reg.- und Gewerberat, der recht bald die Amtsbezeichnung „Oberregierungsrat" erhalten wird. Also Quintessenz: ein Reg.- und Med.-Rat muß sowohl in bezug auf Gehalt, als in bezug auf Amtsbezeichnung innerhalb des Reg.-Kollegiums als sehr „minder" angesehen werden; ich muß sagen, daß ich ein Esel gewesen bin, Reg.- und Med.-Rat zu werden und nicht lieber Kreisarzt geblieben bin. Wenn für die Medizinalbeamten in der Kreisinstanz das Ausbleiben der entsprechenden Amtsbezeichnung schon recht unangenehm ist, so ist die Sache für die Reg.- und Medizinalräte innerhalb des Reg.-Kollegiums geradezu peinlich . . . Ich meine, es ist nicht zu viel verlangt, daß jede Regierungs-Med.-Ratstelle als Oberregierungsstelle gilt wie in Bayern und in Gruppe XII eingereiht wird mit Aufrückung in Gruppe XIII. Das müßte doch zu erreichen sein! Ist unsere Medizinalverwaltung aber nicht dafür zu haben, dann muß man ihr etwa sagen, sie soll sich ihre Regierungs- und Medizinalräte herholen, wo sie will; Kreisärzte, die etwas auf sich halten, werden nicht mitmachen. Den jetzigen Reg.- und Med.-Räten wird es nicht schwer halten, Stadtmedizinalratstellen oder ähnliche kommunale Stellen zu bekommen, die fast überall in Gruppe XIII eingereiht sind; der zum Reg.- und Med.-Rat in Aurich ernannte Kollege hat ja in dieser Beziehung den Anfang gemacht und ist gar nicht dorthin gegangen, sondern hat es vorgezogen, Landesmedizinalrat in Düsseldorf zu werden."[1])

---

[1]) Ebenso ist der Reg.- und Med.-Rat zu Aahen in den Kommunaldienst übergetreten; ob sein Ersatz leicht zu finden war, weiß man im Ministerium.

auf das Dienstalter und die Bedeutung der einzelnen Stellen als auf die zufällige Anwesenheit am Sitze des Oberpräsidiums Gewicht gelegt werden?

Die Frage hat eine andere im Gefolge: Gesetzt, daß wirklich bestimmte, der Oeffentlichkeit nicht bekannte Ursachen vorlagen, die dem Medizinalbeamtenstande eine völlig gleichlaufende Entwicklung mit den übrigen Beamtengruppen unbedingt unmöglich machten — ich kann mir solche einstweilen nicht denken —: War es da wirklich ausgeschlossen, irgendeinen Ausgleich zu schaffen? Mir fällt da der Professortitel ein. Wie vielen Aerzten ist er nicht seit Jahrzehnten und bis in die neuere Zeit (bis zum einstweiligen Abstoppen) verliehen! In einer solchen Freigiebigkeit, daß sich in Fachkreisen bereits Widerspruch regte! Aber den Medizinalbeamten? Soweit mein Gedächtnis reicht, ist er im Laufe der Jahre zweimal an Regierungs- und Medizinalräte — die Ministerialräte lasse ich als „hors de concours" außer Betracht — gekommen, nämlich an den um die Medizinalreform wie die Medizinalgesetzgebung besonders verdienten Herausgeber dieser Zeitschrift Dr. Rapmund und an den seiner ebenfalls durchaus würdigen Dr. Roth, damals im Amte zu Potsdam, sonst nie, auch niemals an Kreisärzte oder Gerichtsärzte, immer nur von ihm als Titularauszeichnung gesprochen, abgesehen von gleichzeitig als Universitäts-Dozenten tätigen Medizinalbeamten. Hat wirklich im Laufe aller der letzten Jahrzehnte keiner von ihnen, so viele sich ihrer in der Bekämpfung von Seuchen verdient gemacht haben, so viele die Bevölkerung belehrt haben, soviele wichtige Beobachtungen gemacht und in den amtlichen Jahresberichten wie in ministeriell beeinflußten und nicht beeinflußten Veröffentlichungen, Zeitschriften und Blättern niedergelegt, in Schrift und Wort von sich gegeben und so die Gesundheitspflege, die Seuchenlehre, Statistik, gerichtliche und staatliche Medizin und Sozialhygiene usw. wissenschaftlich bereichert haben — ich sage: hat wirklich niemand unter ihnen tatsächlich für die medizinische Wissenschaft Gleiches und Höheres geleistet als so mancher Oberarzt an irgendeiner größeren Krankenanstalt, der den gelehrten Titel längst erhielt? Sollte es bei vollem Interesse für die eigenen Beamten und bei ausgesprochenem Willen der Medizinalverwaltung von einst und von jetzt wirklich nicht angezeigt erschienen und möglich gewesen sein, einigen wissenschaftlich strebsamen Medizinalbeamtenden Professortitel als Verdienst oder Ausgleich für sonstige Schädigungen zu erwirken? Man komme auch hier nicht mit dem Einwande, daß der Professortitel durch die Vervielfältigung der Verleihung an Ansehen stark verloren habe, so daß er für einen Medizinalbeamten keine Auszeichnung mehr bedeute. Sachlich ist daran gewiß etwas Wahres, und ich hätte persönlich nichts einzuwenden, wenn man umgekehrt in der hygienischen Praxis tüchtigen Professoren der Medizin einmal als besondere Auszeichnung den Medizinalratstitel ver-

leihen würde; das könnte auch dessen Ansehen nur nützlich sein; in der Allgemeinheit aber denkt man anders, und solange der Mensch auf der Erde lebt, kann er sich von den Anschauungen der Oeffentlichkeit nicht ganz loslösen.

Es läßt sich also nicht leugnen, daß die Medizinalbeamten nach verschiedenen Richtungen, und besonders deutlich gerade auch in der Neuzeit, in der offiziellen Bewertung und Fortentwicklung ihres Standes gegen andere Berufe bisher haben zurückstehen müssen.

7. Beschaffung gehöriger Beförderungsmöglichkeiten und sonstiger Vergünstigungen für die Medizinalbeamten.

Was hier zu fordern ist, das ist teils bereits unter Nr. 6 gesagt und hängt teils davon ab, was die neue allgemeine Verwaltungsreform endgültig bringt. Sicher erscheint mir, daß man den Medizinalbeamten mehr Möglichkeiten zum Vorwärtskommen als bisher geben muß, wenn man tüchtige Aerzte dauernd veranlassen will, sich dem Berufe des staatlichen Gesundheitsbeamten zu widmen, und wenn man unter ihnen wiederum die tüchtigeren für die Bezirksregierungen gewinnen will. Einst galt das Befähigtsein zu dieser Stellung als ein Vorzug, und wenn ich richtig unterrichtet bin, wurden diejenigen wohl nicht allzu zahlreichen Aerzte, die das nicht leichte Physikatsexamen mit der Note 1 bestanden, für den Regierungs- und Medizinalratsposten vorgemerkt. Heute dürfte solches bedeutungslos sein. Immer mehr und mehr lehnten schon in den lezten Jahren die tüchtigeren Kreisärzte ab, ihre selbständige einträgliche Stelle mit einer abhängigeren und weniger einbringenden an einer Regierung zu vertauschen, die nach den zunehmenden Erfahrungen dann als die höchste für sie erreichbare angesehen werden mußte, und zur Zeit scheint die Abneigung gegen diese Regierungsstelle so groß zu sein, daß es, wenn man zuverlässig erscheinenden Angaben Glauben schenken darf, bereits schwer fällt sie zu besetzen und die Ansprüche herabgemindert werden mußten.

Als solches Mittel zum Vorwärtskommen wird u. a. die Vermehrung der gehobenen oder Oberratsstellen für die Regierungs- und Medizinalräte gelten können. Ferner wird zur Hebung der Stellung eine häufigere Berufung als bisher in den Reichsgesundheitsrat, in den neu gebildeten Landesgesundheitsrat und deren Ausschüsse und vielleicht in ähnliche Körperschaften beitragen. In gleicher Richtung würde die erwähnte Verleihung des Professortitels wirken. Weiter ließe sich die bereits begonnene Bestellung als Vorsitzender einschlägiger Prüfungsausschüsse ausdehnen wie auf größere Beteiligung als Vortragender an höheren Anstalten verschiedener Art wohl hinwirken. Endlich müßte die Berufung an Regierungs- und Medizinalräten ins Ministerium wieder regelmäßig Platz greifen. Der verflossene Ministerialdirektor war als Militärarzt ins Ministerium gekommen, ohne je Kreisarzt oder

Regierungs- und Medizinalrat gewesen zu sein. Der jetzige Ministerialdirektor ist ebenfalls beides nie gewesen, hat auch vermutlich nicht die Kreisarztprüfung abgelegt, ist vielmehr von der städtischen Gesundheitswohlfahrtspflege unmittelbar an seine jetzige Stelle gelangt. Einer der Ministerialräte ist, ebenfalls unter Umschiffung jeder Kreisarzt- und Regierungs-Medizinalrats-Stelle, von der wissenschaftlichen Baktoriologie aus über ein hygienisches Institut und das Reichsgesundheitsamt auf flinken Typhus-Geisselfäden unmittelbar ins Ministerium geschwommen. Ein weiterer, in wichtiger organisatorischer Stelle tätiger Ministerialrat ist zwar Kreisarzt, aber, sofern mich mein Gedächtnis nicht völlig im Stiche läßt, nur 4 Monate kommissarisch als Regierungs- und Medizinalrat tätig gewesen, ehe er ins Ministerium eintrat. So sind von den 5 ordentlichen medizinischen Mitgliedern der preußischen Medizinalverwaltung nur 2, also weniger als die Hälfte, unter regelmäßiger Durchlaufung der vorhergehenden Medizinalbeamtenstellungen an ihre jetzige einflußreiche, für die Gesundheitspflege und ihre Beamten bedeutsame wichtige Stelle gekommen. Diese Tatsache ist nicht nur beschämend, hemmend und zurücksetzend für die Regierungs- und Medizinalräte, sie steht in dieser Ausdehnung auch wohl einzig da unter allen preußischen und andersstaatlichen deutschen Verwaltungen. Sie ist schließlich auch der Entwicklung des Gesundheitswesens wie des Medizinalbeamtenstandes nach mancher Richtung nachteilig gewesen; denn alle spezialärztlichen Kenntnisse, aller Fleiß, alle allgemeine Tüchtigkeit, alle Geschäftsgewandtheit und alle Einstein'sche Relativierung der allgemeinen Anschauungsweise vermögen nicht den Mangel an eigener Erfahrung und an Einblick in das Getriebe und die Bedürfnisse der nachgeordneten Verwaltungsstellen zu ersetzen. Und da endlich der Chef der ganzen Zentralverwaltungsstelle weder ein Medizinalbeamter noch auch ein gelernter Verwaltungsbeamter ist, so gleicht die heutige Medizinalverwaltung so etwa einem Schiff, auf dem weder der Kapitän noch der Steuermann noch ein Teil der Wachoffiziere von der Pike auf gediente Seeleute von Beruf, sondern etwa Beamte der Seemannsberufsgenossenschaft, Professoren der Tiefseeforschung und Meteorologen sind; es wird nicht zu verwundern sein, wenn der Kurs des Fahrzeuges unsicher ist und leicht fehl geht, und wenn schließlich auch die Mannschaft nicht zu ihrem Rechte kommt.

Im Vorstehenden glaube ich, der Anregung des Presse-Vertreters des Wohlfahrtsministeriums gerne folgend, gezeigt zu haben, inwiefern ich den Stand der staatlichen Medizinalbeamten nach manchen Richtungen als stark zurückgesetzt betrachte. Inwieweit die Medizinalverwaltung hierfür verantwortlich zu machen ist, mag der Leser nach dem Gesagten selbst beurteilen; zweifellos ist es nicht leicht, in allen Fällen eine gerechte Ansicht zu gewinnen.

Was aber kommt noch mehr in Betracht? Da ist

es zunächst wichtig festzustellen, daß die Frage, zu welcher Verwaltung das Medizinalwesen zu schlagen sei, in Preußen nie endgiltig geregelt ist. Obwohl die Hohenzollernfürsten es ganz gewiß nicht an der erforderlichen Fürsorge für das Gesundheitswesen habe fehlen lassen — es braucht hier nur an das geradezu berühmte Medizinaledikt vom 27. September 1725 erinnert zu werden —, so ist eine eigene ministerielle Medizinalabteilung doch erst in Preußens schwerer Zeit, nämlich am 6. Dezember 1808, geschaffen und an das Ministerium des Innern angeschlossen worden. Aber schon am 3. November 1817 ging die Abteilung zum großen Teil an das neu errichtete Kultusministerium über, am 29. Januar 1825 folgte ein weiterer Teil und am 22. Juni 1849 — also zur Revolutionszeit — der Rest. Diese Angliederung befriedigte seit dem Emporblühen der Hygiene und der Seuchenbekämpfung immer weniger, auch wurde das Kultusministerium unübersichtlich groß, und so ging denn die Medizinalverwaltung, da man sich zur Errichtung eines besonderen Ministeriums für Gesundheitspflege nicht entschließen konnte, kraft Königlichen Erlasses vom 30. November 1910 mit dem 1. April 1911 an das Ministerium des Innern wieder zurück. Im Anschluß an die Revolution von 1918 wurde dann 1919 das „Ministerium für Volkswohlfahrt" gebildet und diesem auch die Medizinalabteilung zugewiesen. Diese Abteilung ist also während ihres 113jährigen Bestehens mit Personal und Material wiederholt, einer Haupterscheinung unseres modernen Lebens vorgreifend bezw. folgend, „verschoben" worden, je nachdem die verwaltende, die wissenschaftliche oder die fürsorgliche Seite der Gesundheitspflege am meisten gewertet wurde.

Die lange Zugehörigkeit der amtlichen öffentlichen Gesundheitspflege und ihrer Beamten zum Kultusministerium ist nach meiner Auffassung für die Entwicklung dieses Verwaltungszweiges und des Standes der Medizinalbeamten nicht durchaus günstig gewesen. Sie hat bewirkt, daß die Lösung des Medizinalbeamtentums von den ärztlichen Praktikern nie mit der Schärfe erfolgt ist, die zur Herausbildung eines in sich geschlossenen Berufs- und Beamtenstandes unerläßlich ist, und wie sie in den klaren Stellungen des allgemeinen Verwaltungsbeamten, des Richterstandes, der Baubeamten, der Lehrerschaft, ja, selbst der Gewerbeaufsichtsbeamten ihren Ausdruck gefunden hat, obwohl die letzteren weit später entstanden sind als die Medizinalbeamten, obwohl sie nicht zahlreicher sind und aus verschiedenen Berufen kommen und obwohl (oder weil?) ihre Personalien bis vor kurzer Zeit von einem „Juristen" im Ministerium bearbeitet wurden. Im Gegensatz zu allen diesen fest abgegrenzten und als Besonderheit allgemein anerkannten Beamtengruppen trägt der Medizinalbeamte die Eierschalen des praktischen Arztes bis in die höchsten Amtsstellen mit sich herum und bleibt „Der Doktor". Als solcher wird er nicht selten Hof- und Leibarzt des Regierungs-Präsidenten, des

Landrates usw., als solcher verarztet er alle möglichen Behördemitglieder, als solcher hat er, auch als Ministerialrat, aus Gründen des „Herkommens“, der „Einfachheit“ und des „Wohlwollens“ den Gesundheitszustand von mittleren und unteren Beamten seiner Behörde zu begutachten, obwohl er damit in die Befugnisse des Kreisarztes eingreift und den Instanzenzug durchbricht, als solcher stößt er in der Eigenschaft eines Regierungs- und Medizinalrates bald auf größere, bald auf geringere Schwierigkeiten, wenn er sich nicht mit der Rolle eines Ratgebers und Korreferenten begnügen, sondern federführend sein eigenes Dezernat bearbeiten will, wie es ihm die vortreffliche Dienstinstruktion für die Regierung vom 23. Oktober 1817 im § 47 gleich jedem Departementsrate zuweist, als solcher soll er in der Stellung des Kreisarztes das ärztliche Vereinswesen fördern (Dienstanweisung § 23), obwohl dies im Grunde mit seiner Beamtenschaft nichts zu tun hat, ja, ihm manchmal dienstliche Schwierigkeiten bereitet, und als solcher muß er in allen Instanzen, auch wenn er keine Praxis treibt oder gar treiben darf, nach gesetzlichem Zwange zu der Kasse der Aerztekammer einen nicht unerheblichen Beitrag zahlen, obwohl diese Kammern lediglich für die freie Aerzteschaft gebildet sind. Was wohl die Amtsrichter — heute Amtsgerichtsräte, — Landgerichtsräte, Landräte usw. sagen und tun würden, wenn sie einen Teil ihres Gehaltes oder Ruhegehaltes an die Kasse der Rechtsanwälte-Kammern abführen müßten! Tatsächlich ist es eine Unmöglichkeit, gleichzeitig wirklicher Beamter und Mitglied eines freien Standes sein zu sollen und zu wollen, und wer sich diese Anschauung nicht zu eigen zu machen vermag, der darf sich nicht wundern, wenn er trotz seiner Beamteneigenschaft nicht vollbesoldet wird, wenn er wieder und wieder durch Männer der „Wissenschaft“ in der Beförderung gehindert und übergangen wird, und wenn sein Stand gegenüber anderen Beamtengruppen zurückbleibt. Auch hier setzt sich auf die Dauer nur Farbebekennen durch, nicht schwächliches Kompromisseln.

Durch die Rückkehr der Medizinalabteilung an das Ministerium des Innern war die Möglichkeit zu einer gesunden Entwicklung der amtlichen Gesundheitspflege wie des Medizinalbeamtenstandes gegeben, sofern Minister, Unterstaatssekretär, Ministerialdirektor, vortragende Räte und schließlich die Medizinalbeamten selbst die Herausbildung eines besonderen, selbstständigen Gesundheitsbeamtenstandes wollten; denn naturgemäß gehören die Verwaltungsmediziner zum Ministerium des Innern, das ihnen von den vorhandenen Ministerien nach seiner Bestimmung am nächsten steht. Durch den Umsturz ist diese Entwicklung einstweilen wieder gehemmt.

Die Gründung des Wohlfahrtsministeriums ist eine politische und zwar eine sozialpolitisch-demokratische Tat. Die Wohlfahrt der Menschen einschließlich ihrer Gesundheiterhaltung soll auf dem Wege des Aufklärens, des Zuredens, des Fürsorgens, des Unterstützens, des Vereinbarens, des Begünstigens, allen-

falls des sanften Druckes, mithin auf dem Boden der eigenen Entschließung und unter größtmöglicher Vermeidung jeglichen Zwanges erstrebt werden — so wenigstens will es die Theorie. In diesem Sinne ist das Ministerium gebildet und wird es beeinflußt und kontrolliert. Und wenn die Ministerien heute ganz allgemein weit weniger selbstständig sind als früher, sondern im wesentlichen Ausführungsorgane der Parlamentsmehrheit darstellen, so wird der Druck dieser letzten auf dem Wohlfahrtsministerium und seiner Medizinalabteilung um so stärker lasten, als eben diese demokratischen Mehrheitsparteien aus ihren Reihen zielstrebige, mit einem gewissen Fanatismus der doktrinären Einseitigkeit wie mit ärztlicher Ausbildung ausgestattete Mitglieder vorschicken und ständig wirken lassen konnten, denen die auf anderem Boden stehenden Rechtsparteien nichts Gleichartiges entgegenzustellen hatten. Das sind die fremden „treibenden Kräfte", von denen ich wiederholt gesprochen habe, und die allen nur einigermaßen tiefer sehenden Leuten bekannt sind, welche die Medizinalverwaltung auf gesetzgeberischem, verwaltendem und personellem Gebiete maßgeblich beeinflussen und eingreifen, sobald einmal gegen den Stachel zu löcken versucht werden sollte. Diese Richtung wird nunmehr wohl zweifellos die staatlichen Medizinalbeamten als solche bestehen lassen und auch hinreichend besolden wollen; ihr Hauptaugenmerk werden sie aber unzweifelhaft auf die Entwicklung der fürsorgerischen Tätigkeit und demgemäß auf die Kommunalärzte richten. Auf eine besondere Förderung der staatlichen und verwaltenden Gesundheitspflege und ihrer Beamten, nicht ohne Tendenz gern als „polizeiliche" bezeichnet, und demgemäß auf ein volles Hochkommen neben anderen Beamtengruppen werden die Medizinalbeamten zurzeit nicht zu rechnen haben. Nach meiner persönlichen Auffassung ist die Einreihung der amtlichen Gesundheitspflege unter die „Volkswohlfahrt" ein Mißgriff und lediglich die Folge einer ungenügenden Kenntnis ihres Umfanges und ihrer Bedeutung; alles wird sich bald noch deutlicher zeigen. Wir sind in der Tat durch die Erfolge der praktischen Hygiene verwöhnt, nur einmal wieder ein bißchen Cholera-Epidemie, einige gehäufte Typhus- und Ruhrverseuchungen, vielleicht auch eine erhöhte Sommersterblichkeit der Säuglinge — und der Verwaltungsmediziner wird wieder in der Wertschätzung steigen.

Was folgt aus diesen Darlegungen?

Zunächst werden sich die Medizinalbeamten allgemein klar darüber werden müssen, daß sie, die nicht an erster Stelle kommunale Beamte, auch nicht praktische Aerzte mit einigen amtlichen Eigenschaften, sondern volle staatliche Beamte mit allen ihren Rechten und Pflichten und Beförderungsmöglichkeiten sein wollen, ihr Geschick weit mehr als bisher selbst in die Hand nehmen müssen. Die Zeiten, in denen der Beamte sich pflichtgemäß begnügte, seine Besserstellung von seiner vorgesetzten Behörde abzuwarten,

sind dahin. Nur die Beamtengruppen kommen heutzutage zur Geltung, die sich rühren und zusammenschließen, wie es die Verfassungen erlauben, und bestimmte Ansprüche erheben. Mit einfachen Eingaben und Anträgen, auch etwa seitens eines besonderen Beamtenvereins, ist es auch nicht getan, auch nicht mit Erörterung in einer Berufszeitschrift mit nur beschränktem Leserkreise, nein, es muß die Oeffentlichkeit in Anspruch genommen werden. Wir Medizinalbeamten sind, wenn ich so sagen darf, dadurch verwöhnt worden, daß bisher nur einzelne erfolgreich für die Gesamtheit gekämpft haben, allen voran Herr Geheimrat Rapmund, auf dessen unermüdliches und geschicktes Wirken die sogenannte Medizinalreform, soweit sie 1901 überhaupt gekommen ist, ganz wesentlich mit zurückzuführen ist, und wir Regierungs- und Medizinalräte haben uns, falls das überhaupt möglich war, noch weniger gerührt als ehedem die Kreisphysiker in ihrer Gesamtheit, obwohl gerade bei uns die „Reform" ausblieb. Das alles muß unbedingt anders werden, wenn der staatliche Medizinalbeamtenstand sich durchsetzen will, und es kommt nun darauf an, Mittel und Wege zu finden und Maßnahmen zu treffen, damit es merklich besser wird.

Da gilt es dann an erster Stelle, die Allgemeinheit und die Oeffentlichkeit wie die Abgeordneten usw. darüber aufzuklären, was die Medizinalbeamten in Wirklichkeit alles leisten und geleistet haben; ich glaube, es gibt so leicht nicht jemand, der davon eine auch nur einigermaßen zutreffende Vorstellung hat. Für das, was die Wissenschaft hervorbringt, auch wenn es im einzelnen unbedeutend ist, gibt es Kanäle genug, die es auf die biologischen Körper der Jünger und die Rieselfelder der öffentlichen Meinung kunstgerecht verteilen. Auch dafür, was in der Wohlfahrtspflege und Fürsorgerei vor sich geht, gibt es Verbreitungsorgane genügend, besonders sind auch die Kommunalärzte rührig in Erörterungen ihrer Tätigkeit (s. I. Kongreß zu Berlin 1921). Das aber, was die Medizinalbeamten vollbringen, verschwindet in den Akten oder in den Gesundheitsberichten, die wenige lesen, die auch wenig Persönliches enthalten, und die nach dem Inhalt, wie er ihnen heutigen Tages gegeben wird, auch das Eingreifen einzelner nur wenig erkennen lassen. Auch das, was die Medizinalbeamten sonst in den ihnen am nächsten stehenden Zeitschriften, Vierteljahrsschriften und in halbamtlichen Veröffentlichungen von sich geben, dürfte nicht allzu weite Verbreitung finden. Und doch: Welch eine einflußreiche Tätigkeit entfalten nicht fortlaufend diese Medizinalbeamten! Mit unbestreitbarem Erfolge haben sie an der Niederhaltung der übertragbaren Krankheiten im Frieden und im Kriege mitgewirkt. Wie viele solcher haben sie erst richtig erkannt und dadurch die Entstehung von Epidemien verhindert! Wie viele haben sie durch ihre Tätigkeit verhütet, unterdrückt oder eingeengt! Welch eine segensreiche Tätigkeit haben sie

nicht bei der Beschaffung aller der notwendigen Räume, Einrichtungen, Ausrüstungsgegenstände usw. zur Unterbringung und Behandlung der Kranken immer wieder ausgeübt! Wie manches Krankenhaus ist nur unter ihrer Mitwirkung entworfen, entstanden und betrieben! An der Entstehung von Säuglingsheimen, an den Entwürfen von Schulen, an der Sicherung der Wasser- und Abwasserverhältnisse, an der Assanierung der Ortschaften, an der Kontrolle der Nahrungsmittel, der Besserung des Wohnens, des Rettungswesens, des Hebammen- Haltekinderwesens, an der Organisation der Wöchnerinnen-, Säuglings-, Tuberkulosefürsorge, an der Arzneimittelversorgung der Bevölkerung und der Vermehrung der Apotheken, an der Sicherstellung des Giftverkehrs und des Desinfektionswesens, an der Ausbildung von Samaritern und der Gründung von Sanitätskolonnen, an der Einleitung der Bewegung gegen das Geburtenverhüten und der Bearbeitung der Bevölkerungspolitik überhaupt, an zahlreichen sanitätspolizeilichen, medizinalpolizeilichen, sozialhygienischen, verwaltungsmedizinischen und gerichtsärztlichen Aufgaben haben die Medizinalbeamten bald hier bald dort aus sich oder auf Anfragen fortlaufend eifrig mitgewirkt. Zu wie vielen hygienischen und volksfreundlichen Maßnahmen haben sie nicht den Anstoß gegeben! Welcher Nachhaltigkeit hat es nicht erst bedurft, um sie durchzusetzen. Wie viele Rundverfügungen, Erlasse, Polizeiverordnungen, Gesetze und sonstige Bestimmungen gehen nicht letzten Endes auf die Arbeit und die Anregung von Medizinalbeamten zurück! Wie viele unrichtige oder unzweckmäßige Pläne haben sie nicht vereitelt! Wie vielen Hilfesuchenden haben sie nicht durch gründliche und zuverlässige Begutachtung zu ihrem Rechte verholfen! Wie viele unberechtigte Anforderungen anderseits abwehren helfen! Wie durch ihre Unpartei- und Sachlichkeit die Rechtspflege gestützt! Auch haben sie dafür mit gesorgt, daß auf dem Gebiete des Gesundheitswesens, des Gesundheitspersonals, der Durchführung der Gesundheitsgesetzgebung Ordnung herrscht; denn die Hauptaufgabe des Beamten ist doch nicht, immer wieder und wieder Neuerungen zu betreiben, sondern vor allen Dingen darauf zu halten, daß die Verwaltungsmaschine ungestört ihren ruhigen Gang geht, daß den Gesetzen wie den Bedürfnissen der Bevölkerung ihnen gemäß Genüge geschieht, und dann erst neue Vorschläge zu machen und berechtigten Bestrebungen nach Prüfung und Gutbefinden vorsichtig Vorschub zu leisten. Allen diesen Forderungen und noch manchen anderen Aufgaben sind die preußischen — wie deutschen — Medizinalbeamten, allgemein mit derselben Pflichttreue und Gewissenhaftigkeit wie mit demselben Erfolge gerecht geworden wie nur irgendeine Beamten- oder sonstige Berufsklasse in ihrem Wirkungskreise. Sie können daher ihr Werk schon sehen lassen und um so stolzer darauf sein, als sie sehr vielfach nicht als vollbesoldete Beamte angestellt, wohl aber gegenüber anderen Gruppen benachteiligt waren und sind.

Das alles muß wieder und wieder der Bevölkerung und ihren Vertretern zum Bewußtsein gebracht werden. Macht heutzutage der Parteistandpunkt ganz besonders leicht blind, so gibt es doch immer einzelne Personen, die sich belehren lassen und die Belehrung weiter tragen, und schließlich setzt sich die Wahrheit doch durch, wenn nur mit Zielbewußtsein, Kraft und Geschick für ihre Verbreitung gearbeitet wird. Unkenntnis ist in weit größerem Maße die Grundlage für die Zugehörigkeit zu mancher Parteirichtung und Weltanschauung bezw. Weltblindheit, als die Anhänger sich bewußt werden.

Ich meine nun natürlich nicht, daß sich die Medizinalbeamten selbst beweihräuchern, auch nicht, daß sie ihre Taten tabellarisch zusammenstellen und dem Publikum vorführen sollen, noch weniger, daß sie nach berühmten Mustern „Lehrfilme" oder „Merkblätter über die Leistungen der Medizinalbeamten" herstellen und diese letzten etwa den Standesbeamten zur Verteilung an Eheschließende oder den Gymnasialdirektoren zur Aushändigung an Abiturienten nach deren sexueller Aufklärung übermitteln sollten, sondern ich halte für angezeigt, daß einmal allerdings diejenigen, die Abgeordnete irgendwelcher Art oder sonstige Männer des öffentlichen Lebens in ihrem Verwandten oder Bekanntenkreise haben, diese ohne Aufdringlichkeit über den Umfang und den Erfolg der Tätigkeit der staatlichen Medizinalbeamten unterrichten und sie darauf hinweisen, welche Bedeutung die gesicherte Fortentwicklung eines vollbesoldeten, den Aufgaben der Gesundheitspflege und Gesundheitsfürsorge sich ganz und ungehindert hingebenden Medizinalbeamtenstandes für die Volksgesundheit und die Gesundheitsfürsorge hat. Dazu wird zweckmäßig mithelfen können, wenn Medizinalbeamte, die Wert auf das Gedeihen ihres Standes legen und eine gewandte Feder führen, in eindrucksvoller, auch dem Laien verständlicher und anregender Form die zahlreichen amtlichen Aufgaben ihrer Amtsgenossen zur Wahrnehmung bringen und sich über bisherige Erfolge solcher Tätigkeit auslassen. Es kommt dabei u. a. auch darauf an, die ziemlich weit verbreitete Fabel zu zerstören, als habe der preußische Staat die Gesundheitspflege bisher so etwa nur mit dem Polizeiknüppel betrieben und sei in dieser Arbeit von den Medizinalbeamten unterstützt worden, als sei Polizei überhaupt nichts weiter als Gewaltanwendung, also das zivile Seitenstück von „Militarismus" in der heute beliebten verzerrenden Auslegungsart, und als sei die heutige Methode des Fürsorgens eine ganz neue, nun endlich einmal des freien Menschentums würdige Form des Vorgehens. Gehen wir in der Geschichte der preußischen Verwaltung zurück, so finden wir die neuzeitliche Grundlage für die polizeiliche Tätigkeit in dem jedem Verwaltungsbeamten geläufigen „10. II. 17", d. h. im § 10 des 17. Abschnittes des II. Bandes des Allgemeinen Landrechts vom 5. 2. 1794, wo es heißt:

„Die nötigen Anstalten zur Erhaltung der öffentlichen Ruhe, Sicherheit und Ordnung und zur Abwendung der dem Publikum oder einzelnen Mitgliedern desselben bevorstehenden Gefahr zu treffen, ist das Amt der Polizei."

Der § 6 des Gesetzes vom 11. März 1850 erläuterte dann bekanntlich die Aufgaben der Polizei näher und führte als solche u. a. auf:

„f) Sorge für Leben und Gesundheit",

„g) Fürsorge gegen Feuersgefahr bei Bauausführungen sowie gegen gemeinschädliche und gemeingefährliche Handlungen, Unternehmungen und Ereignisse".

Der Charakter der Polizei ist also als vorbeugender und fürsorgender gegenüber drohenden Schädlichkeiten gedacht und als solcher in der Ausführung auch tatsächlich stets gewahrt worden; das, was der Bevölkerung vielfach in gewisser Tendenz als Tätigkeit der Polizei durch bestimmte Presseorgane vorgeführt wurde, war ein der Wirklichkeit widersprechendes Zerrbild.

Dazu lese man, was die Regierungs-Instruktion von 1817 im § 7 allgemein vorschreibt:

„Den Regierungen liegt die Verpflichtung ob, unser landesherrliches Interesse, das Beste des Staates und das Gemeinwohl unserer getreuen Untertanen bei der ihnen übertragenen Verwaltung überall gehörig wahrzunehmen. Sie müssen eifrigst bedacht sein, nicht allein allem vorzubeugen und alles zu entfernen, was dem Staat und seinen Bürgern Gefahr oder Nachteil bringen kann, sondern auch das Gemeinwohl derselben möglichst zu fördern und zu erhöhen. Sie müssen hierbei aber auch stets das Wohl der einzelnen nach Recht und Billigkeit beachten."

Das ist so verständig sozial gedacht, wie nur möglich, und dementsprechend ist wiederum stets verfahren worden. Auch die neueren Gesetze, z. B. über die Bekämpfung der übertragbaren Krankheiten, sehen ein Zwangseinschreiten immer nur als ultima ratio vor, und daß sich ohne solche in der menschlichen Gesellschaft nun einmal nicht auskommen läßt, geben neuerdings auch sozialdemokratische Redner zu. Wie sehr man aber beflissen war, Zwang zu vermeiden, zeigten u. a. auch die Maßnahmen der Polizei ausübenden Stadtverwaltungen, für minderbemittelte ansteckende Kranke die Kosten der Krankenhausanweisung zu übernehmen, um der Notwendigkeit, die Verbringung auf polizeilichem Wege anzuordnen, tunlichst überhoben zu werden. Man lasse sich also nicht die Mär aufbinden, als sei in Preußen unter Beihilfe der Medizinalbeamten ein gesundheitspolizeiliches, womöglich klassenjustizliches Gewaltregiment betrieben, sondern beweise umgekehrt den zu Unterrichtenden das Gegenteil.

Wie hier im einzelnen am wirkungsvollstem vorzugehen sein wird, mögen sich in Betracht kommende überlegen und in Besprechungen mit zur Mitarbeit Bereiten festlegen.

Weiter sollte seitens der Medizinalbeamten mehr als bisher geschieht, in der angesehenen allgemeinen und in der speziellen Fachpresse über Beobachtungen und Erfahrungen aus ihrem Sondergebiete das Wort ergriffen werden. Es ließe sich vielleicht auch erreichen, daß über Veröffentlichungen an amtlichen und halbamtlichen Stellen in größerem Umfange als bisher in

jener Fachpresse referiert würde. Auch in der allgemeinen Tagespresse und in volkswissenschaftlichen Blättern sollten sich die Medizinalbeamten mehr hören lassen, desgl. in geeigneten Versammlungen und auf Kongressen, deren wir ja in Deutschland zur Zeit wieder eine Flut haben, als ginge die furchtbare politische Lage des ganzen Volkes die einzelnen garnichts an.

Auch in ihren amtlichen Stellungen können die Medizinalbeamten zu gunsten ihres Standes und damit der Allgemeinheit wirken. Wo z. B. die Kreisarztbezirke nicht zu groß sind, wo rechtzeitig für die Anstelluug neuer Kreisärzte und Kreisassistenzärzte gesorgt wird, wo solche sich das Vertrauen der Behörden und der Bevölkerung erwerben, da wird es nicht leicht zur Anstellung besonderer Stadt- und Kommunalärzte kommen, sondern da wird man gern den staatlichen Medizinalbeamten die gemeindefürsorgerischen Geschäfte übertragen; nach dieser Richtung hat es auch die heutige Medizinalverwaltung im Eingehen auf die Wünsche der Bezirksregierungen m. W. bisher nicht fehlen lassen. Ganz zweifellos ist die Beantwortung der Frage, ob ein besonderer Kommunalarzt anzustellen sei, in vielen — ich sage nicht: in allen — Fällen eine Personal-Angelegenheit: Wo sich der Kreisarzt mit der Bürgerschaft nicht so recht zu stellen vermag, da wird leicht als Ventil für die Unzufriedenheit der Bevölkerung der Kreiskommunalarzt in die Erscheinung treten. Auch nach dieser Richtung gilt es für den Regierungs- und Medizinalrat aufzupassen und rechtzeitig dafür zu sorgen, daß durch Aenderung dieses Verhältnisses oder Versetzung des bisherigen Kreisarztes oder durch Beigabe eines Assistenzarztes die Bahn für die Vereinigung der kommunalärztlichen Geschäfte mit denen eines Staatsgesundheitsbeamten frei gemacht wird, und nötigenfalls in diesem Sinne geschickt nachzuhelfen. Das von mir hier besprochene Thema ist bekanntlich wiederholt Gegenstand der Erörterung der Medizinalbeamtenvereine gewesen, zuletzt in großer Ausführlichkeit am 25. 10. 1919 auf der Hauptversammlung des deutschen und des preußischen Medizinalbeamtenvereins zu Weimar, auch wieder in der letzten Vorstandssitzung am 12. 6. 1921. Lokale Erörternngen, Abhandlungen in dieser Zeitschrift, Eingaben verschiedener Art sind erfolgt, der Herausgeber der „Zeitschrift für Medizinalbeamte“ hat die Frage immer wieder aufgegriffen; die Angelegenheit darf auch nicht zur Ruhe kommen, ehe nicht die berechtigten Wünsche der Medizinalbeamten erfüllt sind, und zwar sollten sich auch die Bezirksvereinigungen und Versammlungen der Medizinalbeamten der Sache regelmäßig und mit Nachdruck annehmen. Meine eigenen Darlegungen unterscheiden sich insofern etwas von den übrigen, als ich die Bewegung aus dem Interessentenkreise mehr und mehr an die Allgemeinheit und an eine gewisse Oeffentlichkeit gebracht sehen möchte, weil ich diese als unrichtig eingestellt und daher eine Aufklärung als erforderlich

halte, ehe ich mir eine den Medizinalbeamten günstigere Behandlung versprechen kann. Da diese Unterrichtung der öffentlichen Meinung nur von den Medizinalbeamten selbst ausgehen kann, so habe ich von deren „Selbstschutz“ gesprochen. Sie mögen ihre Belänge selbst in die Hand nehmen und in der Oeffentlichkeit durchfechten, soweit das Wohl des Ganzen nicht entgegensteht!

Trotz mancher entgegenstehender Hemmnisse halte ich die Zeit für das Wiedereinsetzen einer günstigen, gegen jetzt veränderten Fortentwicklung des Gesundheitswesens und seiner amtlichen Vertreter, der Medizinalbeamten, nicht für schlecht.

Wie lange das deutsche Volk die heutige politische Naturheilmethode gewisser Parteien und ungelernter Parteigrößen ungehindert hinnehmen wird, ist eine Frage, die an dieser Stelle nicht zu erörtern ist, übrigens auch von niemand beantwortet werden kann.

Daß Deutschland aufs Aeußerste verarmen und bald, um einen wasserbautechnischen Ausdruck zu gebrauchen, einer großen leerlaufenden „Pumpstation“ gleichen wird, steht außer allem Zweifel; der vielgenannte immer weitere „Ausbau“ der Wohlfahrtspflege wird also nicht in die Erscheinung treten, vielmehr wird an allen Ecken und Enden die größte Zurückhaltung und Sparsamkeit einsetzen müssen. Die Provinzialverwaltung der Rheinprovinz hat in den letzten Jahren erhblich an Vermögen zusetzen müssen und läßt bereits eine ihrer modernen Irrenanstalten zu anderer Verwendung umwandeln, und über die Landesversicherungsanstalt Berlin wurde unlängst angegeben, daß sie die Zahnfürsorge, eine Lungenheilstätte und 200 Arbeiterbetten in einer anderen Heilstätte wegen der schlechten Geldlage habe eingehen lassen müssen. Auch die Stadt- und Kreisverwaltungen werden in der gesundheitlichen und sonstigen Wohlfahrtspflege. die bekanntlich in der bisherigen oder noch weitergreifenden Weise ohne Aufwendung sehr großer Barmittel nicht durchzuführen ist, wegen geldlicher Engbrüstigkeit bald wieder kurz treten müssen, und sie werden wohl heilfroh sein, wenn sich die sozialhygienisehe Fürsorgetätigkeit durch einen, von Staat und Gemeinde gemeinsam bezahlten hauptamtlichstaatlich angestellten Arzt wird bewältigen lassen. Damit wird dieser Konkurrenzstreit „selbständiger Kommunalarzt oder nicht?“ wohl sein natürliches Ende finden und auch sonst die gesundheitliche Fürsorgetätigkeit mit der amtlichen Gesundheitspflege wieder besser zusammenfließen.

Gleichzeitig dürfte damit die Zeit gekommen sein, sich einmal Rechenschaft darüber abzulegen, ob denn wirklich die in den letzten Jahrzehnten in Deutschland betriebene immer weiter und schneller ausgebaute Sozialpolitik das Richtige gewesen ist. Tatsächlich sind bisher noch alle Volksbeglücker, mögen sie nun Joseph II., Wilhelm II., Ludwig XVI., Marc Aurel oder wie immer heißen, gescheitert, und jeder gleichgerichteten „Volksregierung“ wird es ebenso gehen. Es muß so

kommen; denn alles, was auf den ersten Blick so gut, edel und erstrebenswert erscheint, beruht in Wirklichkeit auf Urteilsschwäche und Verkennung des wahren Menschentums. Je mehr der Masse gegeben wird, desto mehr will sie haben; zufriedenzustellen ist sie nicht. Außerdem: Der Mensch, wie er nun einmal geschaffen ist, will lieber mit eigenem Unverstande unglücklich als durch fremden Verstand zum Glücke gegängelt werden; er will und soll auch vor allen Dingen sich die Betätigung seines freien Willens, soweit er ihm gewährt ist, bewahren und nicht durch fortgesetzte ungeforderte systematische Beratung, Belehrung, Befürsorgung und sonstige Beeinflussung und Bevormundung „von der Wiege bis zur Bahre" unfrei und verantwortungslos gemacht werden; er soll sich durch Anspannung aller Kräfte des Verstandes und des Willens sein Glück in harter Tätigkeit selbst erkämpfen und sich nicht angewöhnen, immer andere, seien es die Vorfahren, sei es die Umwelt, seien es irgend welche sonstige Personen oder Umstände, für sein Geschick verantwortlich zu machen. Um zu entscheiden, hat er seinen Verstand; weiß er allein nicht weiter, so mag er fragen, und man schaffe meinetwegen im begrenzten Umfange Auskunftstellen; aber der aufgedrängte Rat, das Aufsuchen immer neuer, der Beratung erst zugänglich zu machender Leute, die künstliche Erregung immer neuer Bedürfnisse, sei es auf wirtschaftlichem, gesundheitlichem, sozialem oder welchem Gebiete immer, das hat noch nie gut getan und kann nicht gut tun. „Der Kampf ist der Vater aller Dinge", und es ist ein ganz merkwürdiger Widerspruch, daß die lautesten Fürsorgeriche größtenteils gerade zu denjenigen Parteirichtungen gehören, die dem extravagantesten Darwinismus und Haeckelismus mit geradezu fanatischer Begeisterung huldigen, die allein im Kampfe ums Dasein die angebliche mit unseren Verstandskräften garnicht zu fassende allmähliche Entwicklung des Menschen aus einer Urzelle ableiten und für ihre Person und Parteigegenossen den größten Wert darauf legen, möglichst bestimmt mit einem Affentiere verwandt zu sein. Sie sehen und begreifen nicht, daß sie durch Milderung oder gar Ausschaltung dieses Kampfes, wenn sie es vermöchten, ja gerade diese vermeintliche Ursache aller weiteren Entwicklung lahm legen und durch übertriebene Beschützung und Begünstigung alles Schwächlichen, Kränklichen und Minderwertigen die hochgeachtete „Selektion" hindern, auch nicht, daß sie widernatürlich ungerecht und rassisch schwer schädigend für ein Volk handeln, wenn sie dem Stärkeren und Höheren, also dem Stamm für die Tüchtigkeit es erschweren, sich durchzusetzen, das Gegenteil aber möglichst erhalten und fördern. Was bei dieser übermäßigen und wahllosen organisierten, von jedem persönlichen Wohltätigkeitssinn losgelösten Fürsorge, dem schon ein Bismarck vergebens entgegenzutreten versuchte, herauskommt, das sehen wir ja leider ausgesprochen an unserem Volke: unstillbare Begehrlichkeit,

Arbeitsunlust, Verweichlichung, Vergnügungsgier, Aufgehen in stofflichen Genüssen, Mangel an Verantwortlichkeitsgefühl, Unwahrhaftigkeit, Simulation, Oberflächlichkeit, Betrügerei, Unsittlichkeit, Lebensüberdruß, gesteigerter Stand- u. Klassenhaß, Auflehnung gegen die, die Beglückung Treibenden selbst und schließlich Zerstörung des zur eigenen Wohlfahrt Geschaffenen — das sind die nur natürlichen Folgen aller systematischen Viel-Fürsorgerei. Die menschlichen Dinge sind schwer übersichtlich; daher muß man, was die Demokratie nie zugeben will, immer organisch an das Vorhergegangene anknüpfen und darf nie doktrinär ein System der Volksbeglückung, auch nicht in gesundheitlicher Richtung, sich ausklügeln und nun als etwas ganz Neues in die Wirklichkeit umsetzen wollen. Menschenverstand reicht nicht, die Folgen zu übersehen; bei der gesamten organisierten Fürsorge- und Wohlfahrtstätigkeit ist das Ergebnis schließlich eine größere Zerstörung an geistigen und sittlichen Werten, als an materiellen, einschließlich der gesundheitlichen, je gewonnen wurde.

Die Westmächte sind augenscheinlich bessere Menschenkenner als wir gewesen, wenn sie uns unsere großartige soziale Gesetzgebung fortgesetzt rühmen ließen, ohne sie wirklich nachzumachen. Welchen Anteil an unserem Zusammenbruche im Kriege diese unsere weitgehende staatliche Fürsorge und die dadurch erzeugte Volksstimmung gehabt hat, das wird erst eine spätere Zeit, die den gehörigen Abstand gewonnen hat, klarlegen. V a t e r l a n d s l i e b e hat sie jedenfalls nicht geschaffen; zu furchtbar war der von so manchen Befürsorgten, Kämpfern oder Nichtkämpfern, wiederholte Ausspruch: „es ist mir einerlei, ob ich deutsch bleibe oder französisch werde“, das heißt also soviel als: „ich mache mir aus der deutschen sozialen Gesetzgebung nichts“.

Diese Bedenken gegen immer weitere Ausdehnung der sozialen Befürsorgung, die auszusprechen noch vor Jahresfrist so etwa wie ein Verbrechen gegen die Menschheit erschienen wäre, werden jetzt schon hier und da von demokratischer Seite schüchtern geäußert; nicht nur der geldlichen Seite wegen, sondern eben wegen des allgemeinen Einflusses auf den Charakter der Befürsorgten. Es ist also auch aus diesem Grunde zu erwarten, daß wir mit der Sozialpolitik in Bälde eher einen „Abbau“ als einen „Ausbau“ treiben werden.

Wenn ich diese Gedanken und Meinungen als Grund für die Annahme einer nicht fernen Umänderung in unserem allgemeinen sozialen Vorgehen hier ausgesprochen habe, so will ich damit nicht sagen, daß ich alles sozialpolitische und sozialhygienische Vorgehen gestrichen sehen möchte; ich denke nicht daran und bin auch weiter der Ansicht, daß der sozialen Richtung unserer Tage ein guter, zum Auskeimen zu bringender Kern zugrunde liegt. Verarmung und Einsicht legen uns aber die Pflicht auf, in unserem sozialpolitischen Sturmlauf einmal Halt zu machen, Rückschau zu halten und zu prüfen, ob wir

nicht einen falschen Weg gewählt haben und daher besser tun, ein Stück zurückzugehen und eine lichtere Richtung in verlangsamtem Zeitmaße einzuschlagen. Und zwar will mir scheinen, daß wir in zunächst dreierlei Weise werden unser Vorgehen ändern müssen.

Einmal werden wir die ganze Fürsorge, einschließlich der gesundheitlichen, mehr intensiv als extensiv betreiben, mehr in die Tiefe als in die Breite gehend, also mehr auf das bekannte multum als auf multa haltend gestalten müssen; es wird also nicht darauf ankommen dürfen, möglichst viele Menschen der Fürsorge zu unterwerfen, immer neue Schwächen ausfindig zu machen, wo anzugreifen ist, das Ziel in der Einsetzung möglichst zahlreicher Arbeitsfelder und -kräfte zu erblicken, sondern umgekehrt, sich auf die „Erfassung“ derjenigen zu beschränken, die einer bestimmten Fürsorge klar bedürftig sind, sie wünschen und ihr auch mit tatsächlicher Aussicht auf wirklichen Erfolg zugängig sind. Auch hier muß eine vom Menschengeiste geleitete Selektion stattfinden, auch hier muß das Wort Beachtung finden: „In der Beschränkung zeigt sich erst der Meister.“

Sodann muß sich die Fürsorgetätigkeit weit mehr als bisher unmittelbar auf das geistige und sittliche Gebiet, und zwar vorbeugend, erstrecken. Es ist eine der folgenschwersten Irrlehren unserer Zeit, daß der Menschengeist nichts Selbständiges, sondern nur ein Erzeugnis körperlicher Organtätigkeit wäre, als ob wir nur den Körper gesund zu schaffen brauchten und der Geist folge ihm gezwungen und naturgemäß: „Mens sana in corpore sano“! Wie aber singt Juvenal in seiner 10. Satire für die Geburtsfeier eines Neugeborenen?

„Orandum est, ut mens sana in corpore sano“!

Es ist also geradezu eine Fälschung, wenn man, die letzten 5 Worte allein wiedergebend, es gewöhnlich so hinstellt, als sei hier eine Erfahrungstatsache bekannt gegeben; in Wirklichkeit ist es gerade umgekehrt: Da mens sana und corpus sanum nicht ohne weiteres zusammenhängen, so hält es der Dichter für geboten, zu beten, daß in dem augenscheinlich gesunden Körper des Neugeborenen sich auch ein gesunder Geist entwickeln möge. Und der Dichter hat Recht; wir versündigen uns schwer an unserem Volke, wenn wir, von krassen Einzelbeobachtungen einseitige und weitgehende Schlüsse ziehend, ihm das Bewußtsein für die Selbstverantwortlichkeit für sein Tun rauben.

Und drittens werden wir das Volk weniger als bisher in einen fürsorgenden und einem befürsorgten Teil zu spalten haben, sondern die Objekte der Fürsorge werden weit mehr auch als Subjekte in verwaltender, ausübender und geldaufbringender Hinsicht auftreten müssen.

Nach allen drei Richtungen eröffnet sich auch gerade für den erfahrenen staatlichen Gesundheitsbeamten ein Feld der

rechtzeitigen und aussichtsreichen Mitarbeit, aussichtsreicher als für den mehr einseitig eingestellten reinen Fürsorgearzt.

Aufgabe unserer Medizinalbeamten wird es also sein, sich durch die zeitigen, wohl kaum auf lange anzusetzenden Wirren, Gährungen und Umwälzungen mit tunlichst heiler Haut als staatliche Brennpunkte der gesamten Gesundheitspflege und -fürsorge hindurchzuretten und den Keim zur gesunden Fortentwicklung lebensfähig und sprossend zu bewahren. Damit sich aber die Medizinalbeamten in dieser Weise zu ihres Volkes wie ihres eigenen Standes Nutz und Frommen erhalten, müssen sie zum „Selbstschutz" greifen, müssen sich kräftig regen und die schlecht unterrichtete Oeffentlichkeit zu einer besser unterrichteten gestalten.

Kein Gegensatz zwischen Gesundheitspflege und Gesundheitsfürsorge! Aber Angliederung der letzteren an die erste! Gegnerschaft gegen alle einseitige, quantitativ und qualitativ übertriebene, vorwiegend materielle, die höheren geistigen und sittlichen Belänge in den Hintergrund drängende, fremd aufgepflanzte, dem deutschen Wesen abträgliche, nur schenkende und unerbetene Ffürsorgerei!

Hic niger est, hunc tu, Germane, caveto!

Die preussischen Kreisärzte und der I. Deutsche Gesundheitsfürsorgetag in Berlin am 25. Juni 1921.

Von Kreisarzt Dr. Kühnlein in Merseburg.

Der Städtetag hatte irgendwoher abgeblasen — allgemeine Entrüstung! Wer kommt hinter alles, was letzten Endes Ursache der Warnung war? Wer kennt die Völker, nennt ihre Namen? In der Sitzung des Vorstandes des Preußischen Medizinalbeamtenvereins vom 12. Juni hatte man von der Einladung zu dem 1. Deutschen Gesundheitsfürsorgetag Kenntnis genommen und die Herren Kreisärzte Med.-Rat Dr. Rogowski und Dr. Guttwein mit der Vertretung beauftragt. Ob diese beiden Herren das Wort auf der nicht unbedeutsamen Tagung ergriffen haben, vermag ich nicht zu sagen, obwohl ich auch an der Tagung teilgenommen habe; es mag aber sein, daß sie gesprochen haben in einem Augenblick, in dem ich zufällig nicht anwesend war, sodaß ich ihre Ausführungen nicht hören konnte. Einen Medizinalbeamten habe ich sprechen hören — es waren sehr viele staatliche, noch nicht kommunalisierte Medizinalbeamte da — und dies war Herr Kreisarzt Dr. Wollenweber-Dortmund-Land. Er sprach mit weiser zeitlicher Beschränkung, er sagte nur, was zu sagen nötig war. Vielleicht wäre etwas mehr Temperament — er hat es ja sonst — am Platze gewesen, aber es hatte ja Herr Dippe schon reichlich Temperament bewiesen bei der Vertretung der Ansichten der praktichen Aerzte über die neuen gesundheitlichen Organisationen. Nun handelt es sich für den Medizinalbeamten, der seine Pflicht getan hat und tut, und das sollte ja jeder Be-

amte in erster Linie, bei den gesundheitlichen Organisationen um nichts Neues. Den meisten unter uns sind das nicht neue Dinge. Seit vielen Jahren kennen wir die Sozialhygiene. Solange es Medizinalbeamte gibt, treiben sie Sozialhygiene und laufen nicht nur als Polizisten herum, oder als feinere Leute mit dem ominösen Zylinder, von dem, wenn ich nicht irre, so überaus witzig in einer Sitzung der verfassunggebenden preußischen Landesversammlung die Rede war. Aber solange es preußische staatliche Medizinalbeamte gegeben hat, gibt und geben wird, werden sie auch Bekämpfer der Seuchen sein, die am Volkskörper zehren. Es bleibt uns unverständlich, wenn während der Worte unseres Freundes Wollenweber von dem mit Zeitschriften bedeckten Tisch im Auditorium ein Herr rufen konnte: „es gibt ja keine Seuchen mehr", und ein anderer hinzuzufügen sich nicht entgehen ließ: „wo sind denn die Seuchen?" Ich möchte diesen beiden Herren einmal empfehlen, sich an den Herrn Reichskommissar für die Typhusbekämpfung in Mitteldeutschland zu wenden; sie könnten da vielleicht einiges erfahren. Und ist die Tuberkulose keine Seuche? Sind die Geschlechtskrankheiten keine Seuchen? Weil es Volksseuchen gibt, darum sind wir staatlichen Medizinalbeamten Sozialhygieniker. Weil die Bekämpfung der Volksseuchen immer wieder Gegner verschiedenster Schichten und unzähliger Einzelpersonen unseres Volkskörpers gefunden hat und finden wird, darum sind wir gegen die Kommunalisierung der staatlichen Medizinalbeamten. Wir befürchten nicht nur, sondern wir wissen, daß wir dann in eine gefährliche Abhängigkeit kommen werden, nicht gefährlich für uns, sondern gefährlich für die Sache und somit für unser Volk. Es wurden auf dem Gesundheitsfürsorgetag, wie Herr Dippe in seinem kleinen Aufsatz in Nr. 1237 des ärztlichen Vereinsblattes sehr richtig sagt, ganz vortreffliche Berichte gehalten und in der Aussprache viele richtige und kluge Worte gesprochen. Nun mag man aber das alles auch richtig überdenken. Sozialhygiene kann man nur treiben, wenn man die Zusammenhänge wahrt und in Zusammenhängen denkt. Die Abhängigkeit der Medizinalbeamten von Kommunen und den Allgewaltigen in diesen würde aber Zusammenhänge zerstören. Weshalb? Der abhängige Medizinalbeamte muß fürchten, wenn er Anordnungen trifft, die sich nach dem Gesetz von selbst verstehen, bei den Allgewaltigen, wenn ihnen dies oder jenes nicht paßt, und dadurch auch bei den Kommunen in Ungnade zu fallen. Er muß schielen nach der Gunst, damit er nicht beim Ablauf der Wahlperiode in Ungnade falle und dereinst in ungünstige Verhältnisse komme. Will er für sein Volk wirken, dann muß er frei sein und nur einen Maßstab für sein Handeln haben, das Gesetz, soweit es für die Gesundheitspflege und seinen Wirkungskreis in Frage kommt. An der Gesetzgebung sind ja die Besten des Volkes beteiligt und sie können im Gesetz ihre Absichten -- um einen

modernen Ausdruck zu wählen — verankern. In der bisher gültigen Dienstanweisung für die preußischen Kreisärzte sind zahlreiche sozialhygienische Probleme verankert. Der gewissenhafte Kreisarzt hat diesen Problemen auch stets je nach Lage der Verhältnisse Rechnung getragen. Er hat nicht nur, um wieder modern zu reden, die Bakteriologie als die feste Grundlage seines Wirkens betrachtet, sondern auch stets die biologischen Zusammenhänge berücksichtigt. Ich habe absichtlich gesagt, nach Lage der Verhältnisse, da nicht für jeden Ort und jede Gegend und jede Bevölkerungsart dasselbe am Platze ist. Deshalb war es durchaus richtig, wenn die Kreisärzte bei Versetzungen zum Teil recht weit umhergeschickt wurden. Das trug nicht unwesentlich zur Ausdehnung ihrer Kenntnisse bei. Sie konnten verschiedene Gegenden nach ihrer Eigenart kennen lernen und neue Erfahrungen sammeln. Sie gewannen dadurch, daß sie sich öfter in neue Verhältnisse einleben mußten, neue Anregungen und Sicherheit im Auftreten. Leider gibt es aber auch Menschen, die ohne Erfahrungen und Kenntnisse außerordentlich sicher von Dingen zu reden wissen, in die sie nicht hineingeschaut haben. Wir Kreisärzte merken das immer wieder, wenn von anderer Seite über uns und unsere Tätigkeit geurteilt wird. Die einen nennen uns Attestschreiber, die anderen sprechen, wie ich schon erwähnte, vom Zylinder, in dem wir einherstolzieren, die dritten reden vom Polizeiknüppel und so geht es in völliger Unkenntnis unserer Arbeit weiter. Die Hauptsache dabei scheint uns nur zu sein, daß man möglichst über uns herzieht. Alte bewährte Einrichtungen müssen unbedingt gestürzt und neue unerprobte, höchst problematische an deren Stelle gesetzt werden. Ich höre manchen Leser förmlich rufen: „So'n Reaktionär!" Das ist aber ein Irrtum, lieber Leser, wenn du so denkst! Ich bin meilenweit vom Reaktionär entfernt. Mich treibt zu diesen Zeilen nur das heiße Verlangen, meinem Volke Gutes zu erhalten; denn unser Vaterland hat gerade auf dem Gebiete der Gesundheitspflege Gutes, ja das Beste nötig und kann hier keinerlei vage Experimente vortragen. Ich brauche den Sachverständigen, die sich mit diesen Zeilen beschäftigen, nicht erst von der gesundheitlichen Not unseres Volkes zu reden; sie kennen sie sehr genau; ich nehme von ihnen auch ohne weiteres an, daß sie ihre Ansichten lediglich um des Guten willen zum Ausdruck bringen. Allerdings muß von den Anhängern der Kommunalisierung der Kreisärzte auch verlangt werden, daß sie sich bemühen, etwas tiefer in die kreisärztliche Tätigkeit hineinzuschauen. Diese Tätigkeit ist eine trotz der schlechten Bezahlung und der Belastung mit manchem Unnötigen — und heute ist das letztere vielleicht noch mehr der Fall als früher — eine so liberale, so soziale, so unendlich anstrengende, daß man staunen würde, wenn man sie kennen würde. Ein Kreisarzt, der nicht liberal und sozial denkt und arbeitet, ist mir nicht verständlich. Wenn es solche gibt, dann sind es vereinzelte Ausnahmen. Man unter-

ziehe sich nur einmal der Mühe und stelle lediglich das zusammen, was an wissenschaftlichen Abhandlungen über soziale Fragen und über Sozialhygiene von staatlichen Medizinalbeamten in der Literatur veröffentlicht ist! Ist das alles nichts? Bevor überhaupt über diese Gebiete von anderer Seite geschrieben wurde, sind es meines Wissens Medizinalbeamte gewesen, die sich damit in der Literatur beschäftigt haben. „Wir wollen aber Taten sehen“, mögen mir die anderen nun entgegenhalten. Nun gut, auch diese stehen zur Verfügung! Ich habe vor längerer Zeit, als es einmal ganz arg über unser Fell herging, mich der Mühe unterzogen, einen Fragebogen zusammenzustellen und an sämtliche preußischen Kreisärzte mit der Bitte um Beantwortung zu versenden. In diesem Bogen wurde eingehend nach sozialhygienischer Tätigkeit gefragt. Es wurden Angaben über den zeitlichen Beginn sozialhygienischer Tätigkeit, über das Halten von belehrenden gemeinverständlichen Vorträgen, die Art dieser Vorträge, über Säuglings-, Tuberkulose, Kriegsbeschädigten- und Hinterbliebenen-Fürsorge, die Schaffung fürsorgerischer Organisationen, Milchkühen, Krippen, Liegehallen, Walderholungsstätten, Bezahlung für die Leistungen, persönliche Betätigung in der Fürsorge und ähnliches mehr erbeten. Die Antworten, die ziemlich prompt einliefen, haben mein höchstes Staunen erregt. Wohl fanden sich einzelne, deren Antworten unbefriedigend waren, aber das waren auch wirklich nur ganz vereinzelte. Bei anderen war jeder gute Wille, jedes heiße Mühen an der völligen Interessenlosigkeit und an dem unverständlichen heftigen Widerstand der Kommunen gescheitert. Immerhin war auch nicht ein einziger Kreisarzt vorhanden, der nicht wenigstens etwas an sozialhygienischer Tätigkeit aufzuweisen hatte. Bei der großen Mehrzahl waren erhebliche Leistungen zu verzeichnen, z. T. sogar da, wo der Widerstände unzählige zu beseitigen waren. Selbst in rein ländlichen Bezirken, wo die sozialhygienische Arbeit, wie ja der Fachmann weiß, besondere Schwierigkeiten macht, war Erhebliches getan worden. Ich habe mit guter Erwägung vorher die Tätigkeit der Kreisärzte als eine staunenswerte soziale und liberale bezeichnet und möchte an dieser Stelle einiges aus einer Antwort eines Kreisarztes aus Westpreußen, die nicht nur ihres köstlichen Humors wegen, sondern auch, weil sie so treffend ist, zitieren. Der Herr schreibt mir:

„Trotzdem hat der Kreisarzt genügend soziale Tätigkeit zu leisten. Der Kreisarzt ist eben der allgemeine Berater in der Sprechstunde und in der Außentätigkeit. Wenn die Frau krank liegt und das Kind schreit und der Mann hat kein Petroleum, dann geht er zum Kreisarzt, der muß helfen. Wenn der Mann gestorben ist, muß der Kreisarzt helfen zur Witwenrente. Der Kriegsbeschädigte kommt zum Kreisarzt. Armenärzte auf dem Lande gibt es schwer, also zum Kreisarzt. Milch- und Mehlatteste für Arme, zum Kreisarzt. Wenn im Dorf einer geisteskrank wird, zum Kreisarzt. Wenn der Mann die Frau verprügelt, zum Kreisarzt. Wenn der Kriegsentlassene keine Schuhe hat, zum Kreisarzt. Wenn's keinen Zucker gibt für die Kinder, zum Kreisarzt. Krüppelkinder, Epileptische, Skrophulose zum Kreisarzt. Bei besseren

Leuten, wenn das Kind zu Ostern nicht versetzt wird, zum Kreisarzt, der soll die Begabung für die höhere Klasse feststellen. Wenn auf der Domäne die Arbeiterwohnung feucht ist, zum Kreisarzt. Wenn die Hebamme bei dem geringen Honorar nicht bestehen kann, zum Kreisarzt. Wenn der Arbeiter einen Unfall hat und versehentlich nicht zur Krankenkasse angemeldet ist, zum Kreisarzt. Wenn arme Kinder zur Augenklinik müssen, zum Kreisarzt. Wenn die Gemeindeschwester keine Kohlen hat, zum Kreisarzt. Wenn das Mädchen ein Kind bekommt und der Mann will nicht zahlen, zum Kreisarzt. Er soll immer helfen. . . . . Soziale Fürsorge für den Kreisarzt: Arbeitszeit: morgens 8 Uhr, bis abends 12 Uhr. (Dieser Brief gehörte nicht mit zur Arbeitszeit, der ist nach 12 Uhr geschrieben.)"

Greller und richtiger konnte das, was ein Kreisarzt bisher geleistet hat, nicht beleuchtet werden. So sah es bisher aus und so sieht es trotz der vielen Organisationen noch heute vielfach aus. Es steht eben vieles auf dem Papier infolge der überstürzten Entwicklung und kommt infolge mangels an Geldmitteln nicht zur Durchführung. Vielfach ist früher schneller geholfen worden trotz des Mangels an Organisation als heute, wo vieles so schön organisiert ist, aber unter der Leitung Nichtsachverständiger steht, infolgedessen das Schreibwerk unendlich angewachsen ist und die Taten verzögert. W e n n e s ü b e r h a u p t A e r z t e g i b t, — und ich glaube sagen zu können, daß alle Aerzte in diese Verhältnisse hineingeschaut haben, — d i e e t w a s v o n d i e s e n D i n g e n v e r s t e h e n, d a n n s i n d e s d i e K r e i s ä r z t e. Den Kreisarzt, den ich vorher reden ließ, war ein Kreisarzt aus rein ländlichem Bezirk. Die Herren, die in Städten und Industriegebieten tätig sind, können noch viel mehr erzählen. Ihre Erfahrungen sind Million. Sie können vom Großstadtelend, vom Stadtelend überhaupt, von Arbeiterkasernen, von der Durchführung oder Außerachtlassung der Gewerbehygiene, von den Schulen mit alten und neuen Bänken, von leeren und überfüllten Schulklassen, von öffentlicher und geheimer Prostitution, von gutem und schlechtem Krankenhauswesen, von Städtereinigung und Wasserversorgung, von Verunreinigung der Flußläufe, Staub- und Rauchbelästigung, Kinderelend und Tuberkulose, kurz von allem reden, was ins Gebiet der Sozialhygiene gehört, von dem, was Gutes geleistet wird und von den zahlreichen Unterlassungssünden. Sie kennen die Zusammenhänge des Berufs, der gesellschaftlichen Stellung, der ganzen Lebensbedingungen des einzelnen und ganzer Gruppen mit der Krankheit des Volkes. Sie kennen den Zusammenhang zwischen Not und Krankheit, zwischen Gesundheit und Emporentwicklung des Volkes. Sie kennen das a u s e i g e n e r p r a k t i s c h e r E r f a h r u n g, nicht aus Vorträgen und Büchern, die am grünen Tisch geschrieben werden. Sie wissen auch, daß das, was sie geleistet haben — und sie haben, wie wir noch sehen werden, viel geleistet außer der jetzt so verdächtigen Seuchenbekämpfung — nur möglich war, weil sie frei dastanden, weil sie nicht von den Kommunen abhingen, weil sie nicht nach Gunst, nicht nach rechts und nicht nach links zu schielen brauchten. Sie wissen aber au[illegible] [illegible] nur etwas zu schaffen vermögen, wenn sie nicht [illegible]

wenn sie liberal denken und über ein tiefes soziales Verständnis verfügen. Aber das Schreien liegt ihnen nicht. Still und pflichttreu haben sie gearbeitet. So hat auch ein großer Teil von ihnen, weil sie alle arbeiten und bloß arbeiten, die zahllosen Angriffe, die man gegen sie seit 1918 ganz besonders geschleudert hat, gar nicht wahrgenommen.

Als ich meinen Fragebogen umhersandte, der mit den Worten begann: „Die Angriffe gegen die Kreisärzte veranlassen mich," erhielt ich von vielen den ausgefüllten Bogen mit der Bemerkung zurück, man wüßte gar nichts von solchen Angriffen, wo denn solche Angriffe erfolgt wären. Das erscheint mir als ein Beweis dafür, wie die Herren ganz in ihrer Tätigkeit aufgingen. Diese Tätigkeit war aber in der überwiegenden Mehrzahl der Fälle eine sozialhygienische neben und zum großen Teile vor der rein amtlichen. Die ganze Art, in der meine Fragen beantwortet sind, muß jeden, der überhaupt nur glauben will, davon überzeugen, daß von den meisten Kreisärzten seit einer langen Reihe von Jahren mit allen Kräften, unter Hintansetzung jedes persönlichen Vorteils mit heißer Liebe zur Sache an dem Ausbau gesundheitlicher Fürsorge und sozialer Einrichtungen gearbeitet worden ist. Für ihre Liebe zur Sache spricht das andauernde Schweigen der meisten über ihre Tätigkeit. Wohl haben die Medizinalbeamten viel aus dem Gebiete der Sozialhygiene veröffentlicht, aber in den seltensten Fällen betreffen diese Veröffentlichungen ihre eigenen Werke und ihre eigene Tätigkeit, sondern sie handeln rein wissenschaftlich von dem ganzen Fürsorgewesen. Die Medizinalbeamten sind es auch immer und immer gewesen, die darauf hingewiesen haben, daß man die praktischen Aerzte mit zur Fürsorge heranziehen müsse, daß überall Aerzte Leiter des Fürsorgewesens sein müßten. Sie sind da vielfach auf schwere Widerstände bei Kommunen gestoßen, bei denen auch heute noch die Ansicht nicht selten anzutreffen ist, daß der Arzt fürsorgerische Tätigkeit ohne besondere Entschädigung ausüben müsse. Ja, ebenfalls nicht selten hält man den Arzt in manchen Kreisen überhaupt nicht für so erforderlich bei fürsorgerischer Tätigkeit wie z. B. den Juristen, den Geistlichen, die freiwillige Laienhilfskraft und die Fürsorgerin. Darüber ist auf dem I. Deutschen Gesundheitsfürsorgetag in Berlin zweifellos viel Zutreffendes gesagt worden. Besonders erregte dort der § 4 des Entwurfs zum Reichsjugendwohlfahrtsgesetz eine berechtigte Entrüstung, weil er jede Stellungnahme des Gesetzgebers für eine fachmännische, d. h. in der Gesundheitsfürsorge ausgebildete ärztliche Leitung vermissen läßt. Auch der Vorstand des Preußischen Medizinalbeamtenvereins hat sich in seiner Sitzung vom 12. Juni zu dem Entwurf eines Reichsjugendwohlfahrtsgesetzes geäußert und denselben Mangel festgestellt nicht nur bezüglich des Arztes überhaupt, sondern auch bezüglich des Medizinalbeamten. Eine dahingehende Eingabe an den Herrn Minister wurde in dieser Sitzung beschlossen. Wem dieser Entwurf nicht darüber,

wie die Dinge heute liegen, die Augen öffnet, der wird niemals zu einer klaren Erkenntnis kommen. Jedenfalls nehme ich an, daß wir Medizinalbeamten nicht nötig haben, unser Licht unter den Scheffel zu stellen. Wie oft habe ich in kleineren und größeren Sitzungen von Fürsorgeorganisationen die Worte gehört, wie: „Wir müssen uns an die Kreisärzte halten, die haben uns bisher in sozialhygienischen Angelegenheiten stets bereitwilligst geholfen und werden es auch weiter tun. Wir haben mit ihnen die beste Erfahrung gemacht.“ Und wenn ich die beantworteten Fragebogen durchsehe, dann kann ich dieser Ansicht nur zustimmen.

Welche Besserung verspricht man sich nun von unserer Kommunalisierung? Glaubt man wirklich, daß der kommunalisierte Kreisarzt, wenn ihm von einflußreicher Stelle, von der er dann abhängen würde, gesagt wird, er dürfe dies oder jenes auf keinen Fall aussprechen oder tun, in der Lage ist, wieder den Stachel zu löken. Eben weil er vielfach zur Hebung der gesamten Gesundheitspflege wieder den Stachel gelökt hat, wünscht man seine Unfreiheit, seine Abhängigkeit von der Kommune. In traulichem Zwiegespräch haben mir nicht selten hohe Kommunalbeamte verraten, daß der Kreisarzt ihnen ein unbequemer Beamter ist. Und daß vollends gewissen Kreisen unsere gutachtliche Tätigkeit ein Dorn im Auge ist, wissen wir. Unsere Gutachten werden gewünscht und gelten etwas — natürlich immer mit Ausnahmen —, weil wir sie in völliger Unabhängigkeit abgeben können. Daß unsere Gutachtertätigkeit uns nur ein Nebenamt ist, daß dieses Nebenamt unsere sonstige amtliche und fürsorgerische Tätigkeit nicht beeinträchtigt, das beweisen wiederum die Antworten der Fragebogen. Nebenbei bemerkt, werden wir bezüglich der Verwaltung unseres Amtes und eventueller Beeinträchtigung dieser durch nebenamtliche Tätigkeit von den Regierungen überwacht. Daß aber die sozialhygienische Betätigung zu unserem Amte gehört und zum Teil durch die Dienstanweisung festgelegt ist, sei noch einmal betont. Diese sozialhygienische Tätigkeit wird durch die Gutachtertätigkeit nicht nur beeinträchtigt, sondern sogar befruchtet, indem uns die letztere manche wichtige Fingerzeige über Volkskrankheit und Elend, über Zusammenhänge zwischen Krankheit und Not gibt und uns auch in statistischer Hinsicht wertvoll ist.

Ueber die Notwendigkeit der Schaffung von Gesundheitsämtern, über das völlige Versagen des Gesetzgebers auf diesem Gebiet, über die Notwendigkeit eines einheitlich geleiteten Medizinalbeamtenstandes für das gesamte Deutsche Reich und das abermalige Versagen des Gesetzgebers auch in dieser Frage will ich mich nicht äußern, da das den Rahmen dieses Aufsatzes überschreiten würde. Meiner Ansicht nach liegen hier die Wurzeln für die Gesundung unseres Volkes, wie aus dem, was die Medizinalbeamten bisher geleistet haben, hervorgeht. Es sei aber fern von mir, nicht anzuerkennen, daß auch sehr

vieles auf sozialhygienischem Gebiet von anderer Seite erarbeitet worden ist. Heute handelt es sich jedoch zunächst nur darum, festzustellen, daß ein Grund zu einer Aenderung der Stellung des Kreisarztes im Sinne einer Kommunalisierung nicht vorliegt. Ohne die unberechtigt scharfen Angriffe gegen uns, ohne das Sturmlaufen gegen unsere Stellung hätte ich mich gar nicht zu diesem Aufsatz entschlossen. Auch bitte ich mich durchaus nicht dahin zu verstehen, daß ich annehme, nur wir Kreisärzte hätten für diese Dinge Interesse gezeigt. Ich kenne viele Kommunalärzte, viele praktische Aerzte, Landräte, Bürgermeister, andere Berufspersonen, Privatleute und nicht zum wenigsten Frauen, die durchaus Geschick, Verständnis und Eifer in sozialhygienischen Fragen bewiesen, was sich bei den zwei zuerst genannten Berufsgruppen von selbst versteht. Wenn nun bezüglich sozialhygienischer Tätigkeit der Medizinalbeamten die Dinge so liegen, wie ich behaupte, so bleibt es unverständlich, weshalb man sie anfeindet.

Auf die Gründe zu der Anfeindung und zu der Absicht, ihre gesamte Stellung zu ändern, will ich nicht ausführlich eingehen; wer lesen kann, der wird das Notwendige schon aus dem bisher Geschriebenen erkannt haben. Einen Grund aber halte ich für betonenswert. Er liegt in der altbekannten Tatsache, daß man einem geschenkten Gaul nicht ins Maul sieht. Unbezahlte Leistungen werden nicht voll gewertet. Sie werden stets unterschätzt. Das Publikum ist gar zu sehr geneigt, sie als minderwertig anzusehen. So habe ich denn feststellen können, daß nur (118) 37,2 % sämtlicher Kreisärzte, die geantwortet hatten — 317, für ihre fürsorgerische Arbeit bezahlt wurden. Ja, einige legten noch Geld für Reisen, Anschaffungen, leihweise Ueberlassung von Lichtbildern, Saalmiete zu! Wieder andere gaben — man höre und staune — sogar Teile ihrer Wohnung für die Abhaltung der Tuberkulose-Fürsorgestunde her. Selbst das Büro und die Bürokräfte, wofür — wie allgemein bekannt — der Staat dem Kreisarzt so lächerlich wenig zahlt, daß er unerhörte Summen zulegen muß — es soll dies jetzt besser werden, allein mir fehlt der Glaube als Mediziner — also: selbst das Büro und die Bürokräfte haben die Kreisärzte zum Teil für die Wohlfahrts- und Gesundheitspflege unentgeltlich in verschiedenen Kreisen zur Verfügung gestellt. Nur wenige sind es, die sich aus der sozialen Tätigkeit herausgehalten haben. Unter den 317 Antworten, die ich erhalten habe, waren 11, die eine Ablehnung sozialer Tätigkeit enthielten, also 3,5 %. Zum Teil war eine Begründung nicht angegeben, zum Teil lag die Fernhaltung des Kreisarztes an besonderen Verhältnissen wie: Großer Umfang der medizinal- und sanitätspolizeilichen Dienstgeschäfte, unüberwindlicher Widerstand der Bevölkerung gegen jede Fürsorge, Vorhandensein eines Kommunalarztes, eigenartige Großstadtverhältnisse, während in manchen Großstädten der Kreisarzt sehr gut und zu allgemeiner Befriedigung auch die kommunalärztlichen Geschäfte erledigt, wohl auch hier

und da Abneigung des Kreisarztes selbst gegen sozialhygienische Tätigkeit, Unzufriedenheit mit den genwärtigen Verhältnissen. Aber die Zahl der nicht an der Volksgesundheit in sozialhygienischem Sinne mitarbeitenden Medizinalbeamten ist in Preußen auffallend klein. Meiner Ansicht nach lassen sich auch die Gegengründe aus dem Felde schlagen. Wenn ein Stadtarzt die kreisärztlichen Geschäfte und dazu die kommunalen Aufgaben erledigen kann — und das ist in einer Reihe von sehr großen Städten der Fall —, weshalb sollte dann der Kreisarzt nicht auch die Zeit und die Befähigung haben, die kommunalen Geschäfte und die kreisärztlichen Aufgaben zu erfüllen. Jedenfalls ist das ein durchaus logischer Schluß. Allerdings müssen wir dann verlangen, daß wir wirtschaftlich anders gestellt werden. Wir gehören bei einer solchen Tätigkeit in Gruppe XI der Besoldungsordnung. Die Stadtärzte sind ja auch tatsächlich zum größten Teile so oder höher eingereiht, wenn ich richtig unterrichtet bin. Ferner müssen wir sämtlich vollbesoldet werden, damit die Privatpraxis uns nicht unserem eigentlichen Pflichtenkreise entzieht und uns in Gegensatz zur Aerzteschaft bringt. Und schließlich sind andere Umgrenzungen der Kreisarztbezirke vorzunehmen. Was bei den Herren Kreisschulräten gegangen ist, dürfte doch wohl auch bei uns möglich sein. Die Schulaufsichtsbezirke entsprechen nicht mehr den Kreisen. Wenn etwas Ersprießliches geleistet werden soll, dürfen die Bezirke nicht zu groß sein. Bei einer Neueinteilung der Kreisarztbezirke wäre sowohl die Einwohnerzahl, die zu versorgen ist, zu berücksichtigen, als auch die Art der Bevölkerung und die räumliche Ausdehnung. Sollte dies aber nicht angängig sein, dann wäre eine Einstellung von mehr Kreisassistenzärzten als bisher zu fordern. Statt dessen sieht man eine Zahl lächerlich kleiner Kreise mit nicht vollbesoldeten Medizinalbeamten, Kreise, die so klein sind, daß sie nicht den Mann trotz Praxis ernähren können, geschweige denn seine Famlie. In solchen Kreisen sitzt nicht gar selten jemand mit großer Familie, während man den Junggesellen oder den zwar verheirateten, aber kinderlosen Kreisarzt in einen einträglicheren großen Kreis setzt. Trotz solcher Ungunst der Verhältnisse haben viele beamtete Aerzte sozialhygienisch gearbeitet und, wie wir sehen, unentgeltlich, z. T. selbst noch allerhand geopfert, oder gegen unwürdige Bezahlung. Oder ist es nicht unwürdig, wenn z. B. ein Kreisarzt in einem ausgedehnten Landkreise mit weiten Wegen für Impfung, Schularzttätigkeit, Säuglings- und Tuberkulosefürsorge jährlich 400 Mk. erhält, wovon er schreibt, daß er damit nicht einmal die Reisekosten decken könne. Aber das ist noch garnichts! Da schreibt ein Herr von 100 Mk. jährlich, die er für die Abhaltung wöchentlich zweimaliger Tuberkulosfürsorgestunden erhält. Andere werden nur für die Gutachten bezahlt, die sie gelegentlich der Abhaltung von Fürsorgestunden ausstellen. Unter diesen möchte ich als Kuriosum eine Bezahlung von

1.50 Mk. für die Untersuchung nebst Gutachten erwähnen. So schwankt die Bezahlung für die sozialhygienische Arbeit der Kreisärzte ungeheuerlich. Der höchste mir mitgeteilte Satz beträgt 5000 Mk., worin alle baren Auslagen, z. B. auch für Reisen, einbegriffen sind. Selbsverständlich ist auch dieser Satz viel zu gering. Man darf sich deshalb nicht wundern, wenn der praktische Arzt sich mehr und mehr aus dieser Tätigkeit zurückzieht, da er durch die Zeit, die er ihr opfern muß, unverhältnismäßig viel in seiner Praxis verlieren würde. Heute ist nun einmal jeder darauf angewiesen, auch darauf zu sehen, daß seine Leistung bezahlt wird. Was tun nun aber manche Kreise. Früher haben sie bezahlt und jetzt — bezahlen sie nicht etwa mehr — nein — sie stellen die Bezahlung ein. Auch die Stadtärzte sind zum Teil, wie ich das aus der Antwort derer, die gleichzeitig die kreisärztlichen Geschäfte führen, ersehen habe, schlecht bezahlt und müssen erheblich mehr leisten, als ihrem Gehalt nach von ihnen zu verlangen ist. Was würde bei der herrschenden Wohnungsnot, der Brutstätte unseres Volkselends, geschehen, wenn plötzlich, durch diese Behandlung gezwungen, sämtliche Aerzte, die sozial tätig sind, ihre Arbeit einstellen würden? Dann würden die Siechen und Kranken sterben, haben mir sonst sehr kluge Männer gesagt, und wir würden durch die Auslese wieder ein gesundes kräftiges Volk werden. Um so zu denken, bin ich zu sehr Sozialhygieniker. Auf eine solche Antwort verlohnt es der Mühe nicht einzugehen. Das können nur Leute sagen, die keine Ahnung haben, wie es um unser Volk steht. Der Staat wird nicht umhin können, sich über lang oder kurz selbst der gesamten Gesundheitspflege anzunehmen und sie in gesetzliche Bahnen zu lenken. Mag er aber dabei nicht so verfahren, wie bei dem Entwurf zu dem Reichsjugendwohlfahrtsgesetz, sondern sich sachverständig beraten lassen!

Beitrag zum Ausbau des Bayrischen Medizinalwesens.

Von Dr. **Denzinger**, Murnau; Anwärter für den ärztl. Staatsdienst.

Gelegentlich der Behandlung des Gesundheitswesens im Landtage wurde von der bayrischen Regierung mitgeteilt, daß bei dem Ausbau des bayrischen Medizinalwesens ein besonderes Augenmerk der Volksgesundheit und der sozialen Fürsorge zugewendet werden wird. Die Frage des Fürsorgewesens ist dank der unermüdlichen Arbeit maßgebender Medizinalbeamter bereits seit geraumer Zeit auch in Bayern in Fluß gekommen. Ueber die nicht minder wichtige Frage der Volksgesundheit ist in eingehenderer Weise noch wenig gesprochen worden; einzelne Punkte, die das allgemeine Volkswohl sehr wesentlich berühren, sind meines Wissens überhaupt noch unerwähnt geblieben. So hat z. B. die Wohnungsnot die Regierungen zwar veranlaßt,

mit allen jetzt zur Verfügung stehenden Mitteln Abhilfe zu schaffen, aber dafür daß, wenn in nächster oder späterer Zukunft eine bessere Bautätigkeit wieder einsetzen kann, in jedem Falle auch hygienisch gut gebaut wird, ist nicht gesorgt. § 70 der Bauordnung besagt, daß alle Baugesuche, bei denen es sich um gesundheitliche Fragen handelt, vor der Sachbescheidung dem Gutachten des Bezirksarztes unterliegen. Auf Grund dieser Bauordnung werden dem Amtsarzte die Pläne öffentlicher, meist Gemeinde- oder Distriktsbauten, von Schul-, Krankenhäusern und dergl. zur Begutachtung vorgelegt, fast niemals aber die Pläne für private Neu- oder Umbauten, geradeso, als ob nicht jedes private Wohnhaus eine Frage der Volksgesundheit in sich schließen würde. Wenn man neuerbaute und selbst staatlich geleitete Kleinwohnungsbauten auf moorigem und in nebelreichem Gelände mit den Hauptwohnräumen nach Norden und Westen stehen sieht, obwohl das Ganze ebensogut umgekehrt und auf trockenen Boden hätte gestellt werden können, so gelangt man zu der Ueberzeugung, daß die Grundforderungen für gesunde Wohnungsbauweise, Trockenheit, Wärme, Licht und Luft, nicht von allen Bautechnikern genügend beachtet werden. Durch die Verordnung vom Februar 1901 wird die Wohnungsaufsicht in die Hände des Bezirksarztes gelegt; in Wirklichkeit hat dieser aber nicht genügenden Einfluß auf die Verbesserung des Wohnungswesens seines Bezirkes; denn wenn einmal alles fertig ist, kann auch die beste Aufsicht nichts mehr ändern. Die Wohnungsfrage darf daher künftig nicht nur als eine rein bauliche, sondern muß auch als hygienische Frage aufgefaßt werden. Dies wird sie aber erst dann, wenn dem offiziellen Beamten für das öffentliche Gesundheitswesen alle Baugesuche ohne Ausnahme, also auch die privaten, vorgelegt werden und sein Gutachten gehört wird. Bislang ist der Amtsarzt allerdings durch eine Reihe rein formeller Schreibarbeiten überlastet; aber wenn er, wie doch wohl zu erwarten ist, durch die Beigabe einer Schreibhilfe von der Führung des Ein- und Auslaufjournales, der Statistik usw. einmal befreit ist, dann wird er sich viel mehr den Fragen der allgemeinen Volksgesundheit in seinem Bezirk widmen können und unter anderem auch für die Erledigung und Begutachtung der eingelaufenen Baugesuche sowie für Besichtigungen an Ort und Stelle Zeit finden.

Aehnlich wie bei dem Wohnungswesen liegen die Verhältnisse auch bei der Aufsicht über Nahrungs- und Genußmittel. Schon zu Friedenszeiten wäre eine intensivere Kontrolle am Platze gewesen. Heute aber, nachdem sozusagen die letzten Reste der alten Solidität im Geschäftsleben zu verschwinden drohen, ist eine schärfere Beaufsichtigung des Verkehrs mit Lebensmitteln dringend notwendig geworden. Dabei handelt es sich nicht allein um die Erkennung und Beseitiguug genußunfähiger oder schädlicher, sondern auch um die Herstellung reiner, unverfälschter Ware, die der Ankündigung und dem Preise entspricht. Nicht jede Art von Lebensmittel brauchte

die gleiche aufmerksame Kontrolle zu erfahren, nur der Verkehr mit den Hauptnahrungsmitteln, wie Fleisch, Milch, Butter, Käse, Schmalz, Margarine und Mehl, ev. auch Kartoffeln, sollte besonders ins Auge gefaßt werden; bedeutet es doch einen großen Schaden für die Volksgesundheit, wenn verfälschte und weniger gute Ware als vollwertig gekauft und als solche im Haushalt verwendet wird. Die Fälle, in denen altes Kuhfleisch oder auf heimlichen Wegen herbeigeschafftes minderwertiges Fleisch besonders auf dem Lande dem Publikum zum gleich hohen Preis wie das beste Mastochsenfleisch vorgelegt wird, sind so alltäglich, daß sich ein großer Teil des Volkes damit bereits wie mit einem unabänderlichen Faktum abgefunden hat. Manche Familie könnte sich anstatt 1 Pfund Fleisch 2 Pfund kaufen, wenn der Preis der Qualität entsprechen würde. Die Zusätze an Wasser, Mehl usw. zu den Wurstwaren werden in größerer Menge beigegeben als statthaft ist. Daher wird dieses so außerordentlich wichtige Volksnahrungsmittel in nahezu wucherischer Weise seit geraumer Zeit entwertet. Auch das Mehl wird durch Zusatz von allerlei Mischungen in seinem Nährwert nicht unbeträchtlich herabgesetzt. Häufige und genauere Prüfungen der Milch auf den Fettgehalt sind eine der allernotwendigsten Maßnahmen, die künftig zu treffen sind. Der Wassergehalt und die Reinheit der Butter und der übrigen Fette sowie die Güte der Speisekartoffeln müßten gleichfalls die dauernde Aufmerksamkeit der Lebensmittelkontrolle auf sich ziehen.

Die Aufsicht über die Lebensmittel ist durch Verordnungen und Dienstanweisungen teils in die Hände der Ortspolizei, teils in die der Beamten der Untersuchungsanstalten oder der Unterbeamten z. B. der Milchkontrolleure, teils in die der Tierärzte gelegt. Der Amtsarzt hat in der Regel nur einmal im Jahr Gelegenheit, sich durch Besichtigung der gewerblichen Betriebsstätten seines Bezirkes mit der öffentlichen Lebensmittelfrage zu beschäftigen. Die Aenderung, die der Ausbau des künftigen Medizinalwesens hier bringen sollte, würde darin bestehen, daß die Lebensmittelkontrollen und die Visitation der Betriebe im Interesse der allgemeinen Volksgesundheit von einer größeren Zahl durchaus zuverlässiger, möglichst nicht ortsansässiger Personen häufiger und eingehender vorgenommen würden als dies bisher der Fall war, und daß namentlich dem Bezirksarzt monatlich regelmäßige Berichte zugeleitet würden, auf Grund deren er im Vereine mit seiner persönlichen Ortskenntnis entweder Verhaltungsmaßregeln an die Kontrolle hinauszugeben oder sich persönlich unvermutet zur Kontrolle einzustellen hätte. Bei allen diesen Berichten müßte die Preiswertigkeit der Ware angesichts der Verarmung, der das Volk entgegengeht, einen großen Raum einnehmen. Es wäre falsch, wollte man auf die ausgleichende Wirkung der zu normalen Zeiten wieder einsetzenden Konkurrenz im Lebensmittelverkehr allzu lange warten oder übermäßige Hoffnungen setzen. Der Schaden, der hier gerade in der nächsten Zeit an der Volksgesundheit angerichtet

werden kann, könnte zu groß sein, als daß er durch zu späte Maßnahmen wieder gut zu machen wäre.

Die ungeheure Verteuerung der ärztlichen Hilfe in Stadt und Land zwingt die künftige Medizinalgesetzgebung zu besonderen Vorkehrungen wohl auch in dieser Frage. Die Ueberwachung der Anstellng und der Tätigkeit der gemeindlich oder von Vereins wegen unterstützten Krankenpflegerinnen und die tatkräftige Förderung der Familienversicherung in einem Bezirk werden von Tag zu Tag dringlichere Aufgaben des Amtsarztes. Der gewünschte Erfolg der Familienversicherung wird sich aber nur dann zeigen, wenn man sich über den Hauptfehler unseres derzeitigen Versicherungsgesetzes klar geworden ist. Dieser Fehler besteht darin, daß nicht nur den Vorständen der Versicherungs-, Ober- oder Landesversicherungsämter, sondern auch den Vorsitzenden der Krankenkassen und ihren Geschäftsführern weitgehende Machtbefugnisse zukommen. Wenn der Versicherte auch das Recht der Beschwerde an die Aufsichtsbehörde hat, so unterliegt er doch zunächst und praktisch häufig ganz allein im Falle der Hilfsbedürftigkeit dem Urteile der Kassenorgane, die, wenn sie auch mehr oder weniger mit der Tüchtigkeit eines kleinstädtischen Geschäftsmannes ausgerüstet sind, doch vielfach nur wenig Sinn für den sozialen Geist haben, der dem Reichsversicherungsgesetz zugrunde liegt, mag es in dem einen oder anderen Punkte auch noch so reformbedürftig erscheinen. Nicht am Reichsversicherungsgesetz, sondern an seiner Handhabung fehlt es. Dies zeigt sich am deutlichsten in jenen Fällen, in denen seitens der Kassen das Recht der Selbst- oder Weiterversicherung, die Gewährung spezialistischer Hilfe, die Bezahlung geleisteter ärztlicher Hilfe bei Geburten und dergleichen abgelehnt wird. So sehr der Ausbeutung der öffentlichen Kassen nach wie vor seitens der Behörden und amtlichen Gutachter gesteuert werden muß, so darf nach den zu beobachtenden Erfahrungen ebensowenig die Ausbeutung der Versicherten durch die Kassen übersehen werden. Die Verhältnisse haben sich in den letzten Jahren besonders auf dem Lande mit unbeholfenen Kassenmitgliedern sehr zu deren Ungunsten verschoben. Unter dem steten Vorwande, die gesetzliche Rücklage für die Kasse machen und die Kassen vor einem Zusammenbruch retten zu müsseu, haben sich vor den Augen der Versicherungsbehörden die Krankenkassen allmählich zu Sparkassen umgewandelt, die oftmals den berechtigten Wünschen der Versicherten nicht mehr nachkommen. Mit der gesetzlich den Versicherten mit zwei Drittel Mehrheit im Ausschuß und in der Vorstandschaft zugebilligten Selbstverwaltung ist wenigstens auf dem Lande in Wirklichkeit nicht viel gedient; denn diese Rechte können meist nicht richtig gebraucht werden, sind doch alle Gewählten mehr oder weniger auf den Bericht des Vorsitzenden und des Geschäftsführers angewiesen. Die Hilfe muß den Versicherten von seiten der Aufsichtsbehörde und vor allem von seiten des Beraters des Versicherungsamtes, dem

Bezirksarzt, gebracht werden, der durch die künftige Medizinalgesetzgebung weit mehr als wie bisher allen Auswüchsen, die das Kassenwesen in einem Bezirke zeigt, nachzugehen verpflichtet sein sollte; allerdings müßte gleichzeitig dafür gesorgt sein, daß seine Stimme auch in jedem Falle gehört würde. Die künftige Stellung des Amtsarztes zu den Kassen seines Bezirkes bedarf jedenfalls im Interesse der Volksgesundheit und der Verwirklichung der sozialen Gesetze einer ganz besonders sorgfältigen Erwägung.

Seitdem sich die Kriegsnot im Lande breit gemacht hat, leidet das Volk nicht nur an Unterernährung und hat sich nicht nur eine Zunahme an Tuberkulose und Geschlechtskrankheiten eingestellt, sondern es haben sich auch Mißstände und Lebensgewohnheiten entwickelt, die, wenn sie auch nicht gerade als unmittelbar verderbenbringend betrachtet werden können, doch im Interesse der Volksgesundheit wieder verschwinden müssen. Es ist dies die allgemeine Unreinlichkeit, die bekanntlich den Nährboden für spätere schwere infektiöse Krankheiten bildet. Seit Jahrzehnten haben in Deutschland nicht soviele Menschen an Ungeziefer, Parasiten und an Hauterkrankungen gelitten, wie in den letzten Jahren. Das Fürsorgewesen trägt ja zum Teil diesen Verhältnissen Rechnung. Die bisher geplante Vorsorge scheint aber nicht hinreichend wirksam zu werden. Wenn z. B. der Schularzt Läuse oder Krätze an einem Kind feststellt, dieses in ärztliche Behandlung schickt und das Kind nach einiger Zeit geheilt ist, im elterlichen Haushalt aber die alte Unreinlichkeit und damit die Quelle der Erkrankung fortbesteht, so ist in der Tat der Nutzeffekt der geleisteten sozialhygienischen Arbeit sehr gering. Durch die neue Medizinalgesetzgebung muß dem Amtsarzt eine hinreichend große und im Bedürfnisfalle sich weiterhin ergänzende Anzahl von Mitarbeitern zur Verfügung gestellt werden. In jedem Bezirk sollten so viele Fürsorgerinnen, Hebammen, Desinfektoren oder ambulante Krankenpflegerinnen in Zukunft vorhanden sein, daß nötigenfalls eine Hilfskraft sich eine Zeitlang auch um einen schlecht geführten Haushalt annehmen kann. Die Kosten dafür würden um ein Vielfaches an der allgemeinen Volksgesundheit wieder hereinkommen und Vergeltung finden. An sehr vielen Orten könnten auch heute noch ohne viele Unkosten Bade- oder Brauseeinrichtungen hergestellt werden. An Schulhäusern, Krankenanstalten oder ähnlichen Betrieben sollte überall durch die Medizinalgesetzgebung nötigenfalls zwangsweise der Anschluß einer öffentlichen Bade- und Desinfektionseinrichtung ermöglicht werden. Die Zeiten, denen wir entgegengehen, sind unsicher. Sollten als Folgen des europäischen politischen Durcheinanders eines Tages epidemische Erkrankungen sich noch einstellen, so würden die hier gemachten Aufwendungen sich ebenfalls reichlich bezahlt machen. Nicht an der Untätigkeit des ärztlichen Standes war es gelegen, daß alles

dies bisher nicht schon geschehen ist, sondern an einer mangelhaften Gesetzgebung, die stets vor Zwangsmaßnahmen zurückschreckte, selbst wenn die allgemeine Gesundheit und Wohlfahrt solche Maßnahmen gefordert hätte.

Endlich soll noch der Ueberwachung des Apothekenbetriebes gedacht werden. Die Not an Arzneimitteln hat auch hier zu Mißständen geführt. Es scheint, als ob die Herstellung der Arzneien nicht mehr mit der ängstlichen Gewissenhaftigkeit wie früher erfolgen würde; für Originalpräparate werden Ersatzpräparate abgegeben; die Feilhaltung und Anpreisung von Pfuschmitteln durch Apotheken hält mit der Ausbreitung der Kurpfuscherei im Lande nahezu Schritt. Die Medizinalgesetzgebung darf an diesen Erscheinungen nicht achtlos vorübergehen. Ob der Amtsarzt der berufene Mann für die hier nötige direkte Beaufsichtigung oder nur der Uebermittler seiner Beobachtungen und Erfahrungen an die zuständige Regierung sein soll, bedarf der Ueberlegung. Die Bestrebungen der Apothekerkammer, für alle Handverkaufsartikel der Apotheken eine Arzneimittelprüfungsstelle einzuführen, ist sicherlich dazu angetan, den Apothekenbetrieb wiederum im Interesse der Volksgesundheit auf ein höheres Niveau zu heben; daher sollten diese Absichten seitens der Medizinalbehörde nach Kräften unterstützt werden. Hand in Hand müßten aber auch entsprechende straffere Vorschriften für die Drogerien erfolgen, in denen sich weitgehende Geschäftsfreiheiten eingeschlichen haben, die zwar im Interesse eines Teiles unserer Industrie gelegen sein mögen, der Volksgesundheit aber direkt oder indirekt durch den teuren Verkauf an sich wertloser Präparate beträchtlichen Schaden zufügen und die Existenz sowie den reellen Apothekenbetrieb gefährden.

Die künftige Medizinalgesetzgebung sollte sich durch zweifellos und bestimmt gehaltene Abfassung ihres Wortlautes, durch eingehende Behandlung jeder Frage des Medizinalwesens und vor allem durch praktische Sachkenntnis vor der ganzen übrigen Gesetzgebung auszeichnen.

Zur Reorganisation des Preussischen Medizinalbeamten-Vereins.

In Verfolg des Antrages des Bezirksvereins Arnsberg auf Reorganisation des Preußischen Medizinalbeamten-Vereins hat der Vorstand des Arnsberger Vereins zu dem Antrag Rapmund in Nr. 13 der Zeitschrift, Seite 249 Stellung genommen. Er tritt im wesentlichen diesem Antrage bei. Er wird dem erweiterterten Vorstande aus der Hauptversammlung des Preuß. M.-B.-V. in Nürnberg einen Antrag der Reorganisation des Vereins vorlegen nach folgenden Richtlinien:

I. 1. Der Pr. M.-B.-V. baut sich auf auf Bezirksvereinen die in jedem Bezirk zu bilden sind und die einen Bezirksvorstand — Vorsitzender, Schriftführer und deren Stell-

vertreter — wählen. Die Bezirksversammlungen tagen mindestens einmal jährlich, sind außerdem einzuberufen auf Antrag von mindestens einem Drittel der Mitglieder.

2. Die Vereinigung der Bezirksvereine bildet den Preußischen Medizinalbeamten-Verein in der Weise, daß jedes Mitglied der B.-V. gleichzeitig Mitglied des Pr. M.-B.-V. ist und umgekehrt jedes Mitglied des Pr. M.-B.-V. Mitglied der B.-V. ist. Die Mitglieder treten alljährlich einmal zur Landesversammlung zusammen.
3. Die B.-V. wählen aus ihrer Mitte einen Vertreter und dessen Stellvertreter zu einem Vertretertag so, daß jeder Bezirk mindestens einen Vertreter, im übrigen auf je 20 angefangene Mitglieder einen weiteren Vertreter stellt. Der Vertretertag tagt mindestens jährlich einmal, in der Regel unmittelbar vor der Landesversammlung.
4. Der Landesvorstand setzt sich zusammen aus:
   a) 11 Vertretern der Provinzen, die, ebenso wie ihre Stellvertreter von den Mitgliedern der Bezirksvereine der Provinzen für 3 Jahre gewählt werden.
   b) dem jeweiligen verantwortlichen Herausgeber der Zeitschrift (gleichzeitig Pressevertreter), der im Falle seiner Verhinderung ein Mitglied des Vereins als Stellvertreter bestimmen kann.
   c) 3 weiteren von den Provinzvertretern hinzuzuwählenden Vereinsmitgliedern, die so auszuwählen sind, daß möglichst ein Vertreter der wissenschaftlichen gerichtlichen Medizin und Psychiatrie, ein Vertreter der wissenschaftlichen Hygiene bezw. Sozialhygiene und ein Vereinsmitglied auf Grund besonderer Kenntnisse oder Verdienste um den Verein gewählt werden.

   Der Landesvorstand wählt aus seiner Mitte einen Vorsitzenden und einen Schriftführer (gleichzeitig Kassenführer) als geschäftsführenden Vorstand und deren Stellvertreter. Der geschäftsführende Vorstand beruft den Landesvorstand, den Vertretertag und die Landesversammlung ein, und zwar außer den regelmäßigen Versammlungen den Landesvorstand und den Vertretertag auf Antrag von mindestens einem Drittel ihrer Mitglieder, die Landesversammlung auf Antrag von mindestens 50 Vereinsmitgliedern oder auf Antrag von mindestens der Hälfte der Mitglieder des Vertretertags oder des Landesvorstandes.

II. Das Kassenwesen der Bezirksvereine und des Pr. M.-B.-V. ist unabhängig von einander mit der Maßgabe, daß die B.-V. die Kosten der Vertretung auf den Vertretertag tragen, der Landesverein die Kosten der Vertretung im Landesvorstand trägt.

Der Arnsberger Verein bittet die schon bestehenden Preußischen B.-V. zu seinem Antrage Stellung zu nehmen, ihm darüber Mitteilung zu machen und Vertreter nach Nürn-

berg zu entsenden. Er bittet weiter die Mitglieder des Pr. M.-B.-V. in den Bezirken, denen noch Bezirksvereine fehlen, solche möglichst noch vor der Tagung in Nürnberg zu bilden und Vertreter zu entsenden.

Der Vorsitzende des Vereins d. Med.-Beamten d. Reg.-Bez. Arnsberg

Dr. Graeve, Geh. Med.-Rat, Hagen i. W.

Aus Versammlungen und Vereinen.

Bericht über die außerordentliche Versammlung des Vereins der Medizinalbeamten des Regierungsbezirks Hannover am 17. Juli 1921.

Anwesend die Herren: Schwabe, Dreves, Plinke, Dohrn und Kirsche, sämtlich in Hannover; Alart-Stolzenau, Helwes-Diepholz, Meyer-Göttingen, Lücke-Alfeld, Kahle-Gifhorn, Güht-Burgdorf, Ritter-Northeim, Möller-Peine, Kramer-Wilhelmshaven, Menke-Lehe.

Vor Eintritt in die Tagesordnung teilt Dreves mit, daß der Vorsitzende, Herr Geh.-Rat Guertler verreist sei. Er gibt dann einen kurzen Ueberblick über die Gründe, die dazu geführt hätten, daß der Hannoversche Verein die Medizinalbeamten der anderen Bezirke zu dieser Versammlung eingeladen habe, bezw. habe einladen lassen. Nach deren Feststellung, daß sämtliche Reg.-Bezirke außer Osnabrück vertreten sind, wird zur Beratung des ersten Gegenstandes der Tagesordnung übergegangen:

I. Gründung eines Vereins der Medizinalbeamten der Provinz Hannover. Allseitig wurde ein scharfer Zusammenschluß der Medizinalbeamten in einem Provinzialvereine als nötig bezeichnet und die Gründung eines solchen Vereins einstimmig beschlossen, nachdem Kramer und Schwabe als Vorbedingung dafür das Bestehen von Bezirksvereinen betont hatten. Der darauf folgenden Beratung wurden diejenigen Satzungen des Provinzialvereins der Medizinalbeamten in der Provinz Sachsen zugrunde gelegt und diese mit einigen Aenderungen angenommen. So wurde z. B. auf Vorschlag von Kramer und Schwabe beschlossen, daß der Verein dem Preußischen Medizinalbeamtenverein als Landesgruppe angehören und die Aufnahme von Kommunalärzten davon abhängig gemacht werden solle, daß diese die kreisärztliche Prüfung bestanden hätten und kein Widerspruch gegen ihre Aufnahme erfolge. Dreves machte darauf aufmerksam, daß der Wunsch laut geworden sei, im Ruhestande befindliche Medizinalbeamte als Ehrenmitglieder ohne Pflichten, aber mit allen Rechten zu führen. — Schwabe wünschte dagegen die Ehrenmitgliedschaft als solche beibehalten zu sehen, während Kahle vorschlug, von den Medizinalbeamten a. D. einen ermäßigten Beitrag zu erheben. Der Vorstand soll aus vier Mitgliedern bestehen: dem Vorsitzenden, dem stellvertretenden Vorsitzenden, dem Schriftführer und dem stellvertretenden Schriftführer, von denen einer die Kasse zu führen hat. Die Höhe dieses jährlichen Beitrages wird auf Vorschlag von Schwabe vorläufig auf 15 M. festgesetzt, die endgültige Festlegung soll erst nach der Umgestaltung des Preuß. Medizinalbeamtenvereins, die auf der Tagung in Nürnberg zu erwarten ist, eintreten.

Bei der Wahl des Vorstandes erhoben Helwes und Meyer gegen seine sofortige endgültige Wahl Bedenken, da nicht sämtliche Medizinalbeamten der Provinz geladen seien; auf Antrag Helwes wurde demzufolge der Vorstand nur auf ein Jahr gewählt und zwar die Herren Reg.- und Med.-Rat Dr. Schwabe-Hannover als Vorsitzender, Geh. Med.-Rat Dr. Meyer-Göttingen als stellvertretender Vorsitzender, Kreisarzt Dr. Dreves als Schriftführer und Kreisarzt Dr. Sorge-Celle als dessen Stellvertreter, bezw. falls dieser ablehnen sollte, Kreisarzt Dr. Stakemann-Walsrode.

Die nächste Versammlung soll nach der Tagung des Preuß. Medizinalbeamtenvereins in Nürnberg stattfinden, als Versammlungstag wird ein Sonntag gewünscht.

II. Erhöhung der Gebühren. Kreisarzt Dr. Kramer-Wilhelmshaven begründet einen in dieser Beziehung von den Medizinalbeamten des Reg.-Bezirks Aurich gestellten Antrag. Nach längerer Debatte, in der Meyer glaubt, daß auf die Lage der L. V. A. Rücksicht genommen werden müsse, wird der Vorstand ermächtigt, dieserhalb mit Medizinalbeamtenvereinen der anderen Reg.-Bezirke in Verbindung zu treten und der nächsten Versammlung das Material zu unterbreiten.

III. Die gerichtsärztliche Tätigkeit der vollbesoldeten Kreisärzte. Kreisarzt Dr. Kramer referiert gemäß dem Artikel von Aust (s. Nr. 17 d. Z. f. M.). Nach sehr angeregter Debatte wurde beschlossen, abzuwarten, bis in der bereits vom Vorstande in die Hand genommenen Angelegenheit eine Entscheidung getroffen sei

IV. Amtsbezeichnung der Kreisärzte. In der sich an die Ausführungen des Berichterstatters Dr. Kramer-Wilhelmshaven anschließenden Erörterung wurde sehr bestimmt zum Ausdruck gebracht, daß es an sich das einzig Richtige sein würde, sich jede Aenderung der in der Zeit der Monarchie verliehenen Titel zu verbitten, wenn nicht die Selbstachtung es gebiete, gegen die Zurücksetzung Front zu machen, die den Medizinalbeamten in der Titelfrage widerfahren sei. Es wurde dann die Amtsbezeichnung „Kreisarzt und Medizinalrat" als die annehmbarste bezeichnet.

V. Verschiedenes. Dr. Helwes machte darauf aufmerksam, daß in dem Gesetze über die Kreiswohlfahrts- und Jugendämter eine Mitwirkung des Kreisarztes nicht vorgesehen sei. Schwabe ersucht um Ermächtigung, nach Information eine Eingabe an den Minister des Wohlfahrtsamts zu machen; die Verhandlung erklärt sich damit einstimmig einverstanden.

Nach der Versammlung fand ein gemeinschaftliches Essen statt.

(Nach der Niederschrift über die Verhandlung.)

Bericht über den I. Deutschen Gesundheitsfürsorgetag in Berlin am Sonnabend, den 25. Juni 1921.

Im großen Hörsaal der Medizinischen Klinik der Charité, der bis auf den letzten Platz besetzt war, eröffnete Geh. San.-Rat Dr. Rabnow den ersten Deutschen Gesundheitsfürsorgetag. Anwesend waren Vertreter der Regierung, Reichstagsabgeordnete, darunter hauptsächlich weibliche, vorwiegend Stadt- und Kommunalärzte, aber auch zahlreiche Kreisärzte, sowie viele Fürsorgeschwestern. Rabnow brachte als Ueberraschung vor, daß der heutige Tag die Aufgabe hätte, sich mit den geplanten **Jugendämtern** auseinanderzusetzen. Dadurch mußten viele Teilnehmer ihre Gedanken umstellen.

In der Zeitschrift für Soziale Hygiene, Fürsorge und Krankenhauswesen-, H. 12, Juni 1921, sind die Leitsätze der Referenten Grotjahn, Krautwig, Pfeiffer und Silberstein abgedruckt. Hier findet man auch einen vorzüglichen Aufsatz von Tjaden über Jugendwohlfahrtsgesetz und Gesundheitspflege in dem alle wichtigen Punkte, die bei der Besprechung erörtert wurden, berücksichtigt sind. Tjaden hat selbst mehrmals in temperamentvollen Ausführungen das Wort ergriffen und seine Ansicht weiblichen Reichstagsabgeordneten gegenüber vertreten.

Als allgemeine Ansicht konnte folgendes festgestellt werden:

I. Es ist unzweckmäßig, die Jugendfürsorge aus der gesamten Gesundheitsfürsorge herauszuschälen, da schon die Altersabgrenzung auf Schwierigkeiten stößt. (Grotjahn, Pfeiffer, Krautwig, Silberstein).

II. Wenn das Reichsjugendwohlfahrtsgesetz, dessen fürchterlicher Name mit Recht bemängelt wurde, Gesetzeskraft erhält, muß gefordert werden, daß

a) entweder das Gesundheitsamt als solches in der Kommission vertreten sein muß, in der die gesundheitlichen Fragen im Vordergrunde stehen,

b) oder die in § 4 genannten Aufgaben aus dem Aufgabenkreis des Jugendamtes gestrichen und dem Gesundheitsamte zugeteilt werden müssen (Tjaden).

Mit Recht wurde vor allem von Silberstein und später aufs schärfste von Drigalski (Halle) dem Regierungsvertreter gegenüber bemängelt, daß im Gesetz die Mitwirkung der Aerzteschaft nicht ausdrücklich gefordert wird.

Trotz des von Rabnow verkündeten Burgfriedens zwischen Kreisärzten und Kommunalärzten, erhob Grotjahn die alten Vorwürfe gegen die Kreisärzte, daß sie infolge ihrer ungeeigneten Vorbildung nicht imstande seien, die Aufgaben der sozialen Hygiene zu erfüllen. Aus diesem Grunde sei ja auch die Prüfung in der sozialen Hygiene in die Prüfungsordnung für die Kreisärzte eingefügt worden. Diese Angriffe erfuhren von Seiten der Kreisärzte (Wollenweber-Dortmund, Engelsmann-Kiel) die entsprechende Zurückweisung.

Ferner war festzustellen, daß dieser Lehrer der sozialen Hygiene die Gefahren der akuten Infektionskrankheiten unterschätzt, womit im Einklang steht, daß er anderen Ortes (Leitsätze zur sozialen und generativen Hygiene; Karlsruhe 1921) den Fortfall der Wiederimpfung und die Einführung der Gewissensklausel empfiehlt.

Endlich hörte man Andeutungen von Seiten der Teilnehmer, daß die Tagung im September in Nürnberg Gelegenheit bieten würde, den Kampf zwischen Kreisärzten und Kommunalärzten auszufechten. Auf dem Programm steht als einziger Punkt „Deutsche Jugendnot." Es wäre zu bedauern, wenn in letzter Stunde wie in Berlin der Sinn der Tagung verschoben würde. Genaue vorherige Feststellungen sind notwendig, damit, wenn es gilt, die Kreisärzte gerüstet auf dem Plan erscheinen können. Der gedruckte Bericht über die Berliner Tagung (es hatten sich 56 Redner zum Wort gemeldet) kann zum Preise von 3 Mark von der sozialhygienischen Abteilung des Gesundheitsamtes der Stadtgemeinde Berlin, Fischerstraße 39/42, bezogen werden.

Mit Worten des Dankes schloß der Vorsitzende in später Nachmittagsstunde die Versammlung. Dr. Engelsmann-Kiel.

Kleinere Mitteilungen u. Referate aus Zeitschriften.

Soziale Hygiene.

Geburtshäufigkeit und wirtschaftliche Lage. Von H. Fehlinger. Zeitschrift für soziale Hygiene, Fürsorge- und Krankenhauswesen; 1920, Heft 6.

Bei Erörterung dieses Themas vor dem Kriege wurde von den meisten Autoren angenommen, daß die Anwendung antikonzeptioneller Mittel als die Hauptursache des Geburtenrückganges anzusehen sei. Einzelne Autoren maßen der starken Inanspruchnahme der menschlichen Energie durch wirtschaftliche Ueberanstrengung die Hauptschuld zu. Jedoch nicht nur materielle, sondern auch psychische Einflüsse können die Geburtenhäufigkeit beeinflussen. In den modernen industriellen Gemeinwesen, die im ganzen auffällige Rückgänge der Geburtenhäufigkeit zeigen, waren jene Bevölkerungschichten hieran nicht, oder nur wenig beteiligt, deren Lebenshaltung und geistige Bildung an dem Kulturfortschritt den geringsten Anteil hatten. Den Beweis hierfür erbringt in einer Schrift, die vom Verfasser näher besprochen wird, der Dozent an der Universität Cambridge G. Udny Yule. Auf Einzelheiten kann hier nicht eingegangen werden. Es wird nur noch bemerkt, daß bei der Beurteilung von Geburtenziffern aus verschiedenen Zeiten stets der Umstand in Betracht gezogen werden muß, daß infolge der in den letzten Jahrzehnten eingetretenen Verlängerung der Lebensdauer der Anteil der Frauen, die im minder fruchtbaren Lebensalter stehen (35 Jahre und darüber) an der Gesamtzahl der verheirateten Frauen beträchtlich gestiegen ist und daß dadurch ein gewisser Rückgang in der Geburtenhäufigkeit eintreten mußte. Dr. Israel-Breslau.

Tagesnachrichten.

Die schon längst in Aussicht gestellten und vom **Reichstage** verlangten Gesetzentwürfe zur **Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten, zur** Bekämpfung der **Tuberkulose** (Tuberkulosenfürsorgegesetz) und zur Bekämpfung des **Alkoholismus** soll jetzt endlich dem Reichsrat zugegangen sein. Hoffentlich erfordern sie hier zu ihrer Beratung nicht so lange Zeit wie zu ihrer Ausarbeitung im Reichsministerium des Innern.

Im **preussischen Landtage** haben die Abgeordneten Braun' Dr. Beyer (S.P.D.) und Dr. Weyl (U.S.P.D.) und Genossen im Verein mit den Kommunisten den Antrag auf **Aufhebung des Gesetzes über die ärztlichen Ehrengerichte** gestellt. Das Gesetz ist selbstverständlich den Parteien der äußersten Linken höchst unangenehm; deshalb braucht man sich über den Antrag nicht zu verwundern, sondern nur darüber, daß er nicht schon längst gestellt und insbesondere zu einer Zeit gestellt ist, wo die Sozialdemokratie in Preußen noch das Heft in Händen hatte. Bei der jetzigen Zusammensetzung des Landtags dürfte der Antrag keine Aussicht auf Erfolg haben; um so mehr bedeutet er für alle Aerzte einen Mahnruf, in dieser Hinsicht auf der Hut zu sein.

Die Mehrheitssozialisten haben weiterhin im preußischen Landtage einen Antrag eingebracht, durch den die Staatsregierung um schleunige Vorlage eines Gesetzentwurfes ersucht wird, der den Gemeinden, Krankenkassen und Krankenanstalten das Recht zur **Errichtung von Apotheken** gibt. behufs Abgabe sämtlicher Arznei- und Heilmittel an ihre Mitglieder und Kranken unter Beachtung der im Interesse der öffentlichen Gesundheit notwendigen Bestimmungen.

Der Gesetzentwurf eines **preußischen Hebammengesetzes** ist jetzt dem Staatsrat zugegangen, der ihn seinem Gemeindeausschuß überwiesen hat. Dieser Gesetzentwurf wäre doch eine recht geeignete Vorlage für den neuen Landesgesundheitsrat gewesen, dessen Ernennung allerdings recht lange auf sich warten läßt.

Für die am 7. September d. J. in Erlangen stattfindende **XI. Tagung der Deutschen Gesellschaft für gerichtliche und soziale Medizin** ist folgende Tagesordnung vorgesehen:

Dienstag, den 6. September, vormittags 9 Uhr: 1. Herr Wintz-Erlangen: Die Kunstfehler bei Röntgentherapie und Aufnahme. — 2. Herr Nippe-Greifswald: Das Reichstumultschadengesetz und Reichsversorgungsgesetz. — 3. Herr Bürger-Berlin: Einige Vorschläge zur Aenderung der sozialen Versicherungsgesetzgebung. — 4. Herr Ziemke-Kiel: Der Begriff der Erwerbsunfähigkeit in der sozialen Medizin. — 5. Herr Specht-Erlangen: Psychiatrie und Notariat. — 6. Herr Molitoris-Erlangen: Thema vorbehalten. — 7. Herr Riecke-Göttingen: Die Syphilis vor Gericht.

Nachmittags 3 Uhr: 8. Herr Fr. Strassmann-Berlin und Herr Molitoris-Erlangen: Ueber die Notwendigkeit und die Einführung von Verwaltungssektionen — 9. Herr von Neureiter-Wien und Herr Georg Strassmann-Wien: Ueber die Bedeutung sanitätspolizeilicher Obduktionen für die Rechtspflege (auf Grund des Wiener Materials der letzten 10 Jahre.) — 10. Herr Karl Reuter-Hamburg: Ueber Erfahrungen auf Grund von Verwaltungssektionen in Hamburg. — 11. Herr Hauser-Erlangen: Thema vorbehalten. — 12. Herr Merkel-München: Todeszeit und Mageninhalt. — 13. Herr Karl Reuter-Hamburg: Ueber Erfahrungen an gefrorenen Leichen. — 14. Herr P. Fraenckel-Berlin: Tod im Boxkampf.

Mittwoch, den 7. September, vormittags 9 Uhr: 15. Herr Fritz Reuter-Graz: 1. Ueber Muskelblutungen bei der Erstickung. 2. Ueber Fälle von atypischem Erstickungstod. — 16. Herr Lochte-Göttingen: 1. Ueber einen Fall absichtlich vorgetäuschter kataleptischer Totenstarre. 2. Ueber Gewehrschußverletzungen. — 17. Herr Nippe-Greifswald: 1. Psychologische Beobachtungen am Schützen als Täter. 2. Einschußgröße am Knochen. 3. Ueber die Diphenylamin-Schwefelsäureprobe. — 18. Herr Puppe-Breslau: 1. Die psychische Komponente bei der Beischlafsfähigkeit. 2. Einkeilung der Fragmente als diagnostisches Hilfsmittel bei Schädelbrüchen durch stumpfe Gewalt. (Mit Demonstration.) — 19. Herr Ziemke-Kiel: 1. Tod durch Fettembolie bei leichten Erschütterungen. — 2. Benzolvergiftung und ihre Beziehung zum Unfall.

Nachmittags 3 Uhr: Geschäftssitzung: Bericht des Vorstandes, Rechnungsablage, Beschlußfassung über die zukünftigen Tagungen und eine literarische Zentrale.

Hierauf: 20. Herr Meixner-Wien: Thema vorbehalten. — 21. Herr **Ewald-Erlangen: Klinische Demonstration eines Exhibitionisten mit Er-**

örterung der Frage der serologischen Differentialdiagnose. — 22. Herr Fischer-Breslau: Ueber Konkurrenz der Todesursachen. — 23. Herr Georg Strassmann und Herr von Neureiter-Wien: Ueber die Frage der postmortalen Entstehung der Fettembolie. — 24. Herr Schwarzacher-Graz: Die Anwendung der spektrophotometrischen Blutuntersuchung in der gerichtlichen Medizin. — 25. Herr Knack-Hamburg: Das Verhalten der Nieren bei Vergiftungen, mit besonderer Berücksichtigung der Kohlenoxydvergiftung. — 26. Herr Georg Strassmann-Wien: 1. Beitrag zur forensischen Fleischuntersuchung. 2. Mikroskop. Präparate von Organen exhumierter Leichen. 3. Schießversuche auf bekleidete und unbekleidete Leichenteile. — 27. Herr Merkel-München: Demonstrationen.

Falls die zur Verfügung stehende Zeit nicht ausreichen sollte, wird beabsichtigt, die Verhandlungen auf den Donnerstag vormittag auszudehnen.

Die Versammlung findet im pathologischen Institut der Universität, Krankenhausstr. Nr. 4, statt. Als Verpflegungsstätte ist das „Bahnhofshotel“ in Aussicht genommen. Für die Unterkunft der Teilnehmer ist derart Vorsorge getroffen, daß Hotelzimmer im Preise von 12 bis 16 Mark einschließlich Steuer zur Verfügung stehen, eventuell auch Privatzimmer nach Vereinbarung. Es wird dringend empfohlen, Bestellung eines Zimmers unter Angabe, ob Hotel oder Privatwohnung bevorzugt wird, durch vorherige baldige Anmeldung bei Herrn Prof. Dr. Hans Molitoris, Erlangen, Krankenhausstr. 4, in die Wege zu leiten.

Prof. Dr. Ph. Lochte, Göttingen, Vorsitzender. Prof. Dr. Karl Reuter, Hamburg, Schriftführer.
Prof. Dr. M. Nippe, Greifswald, Schatzmeister.

Sprechsaal.

Anfrage des Kreisarztes Dr. S. in G. Die „Deutsche Landbuchhandlung“ in Berlin schickte mir im Jahre 1920 unaufgefordert die von ihr verlegte Zeitschrift „Die Kreis- und Gemeindeverwaltung“ zu. Im Dezember 1920 habe ich eine Rechnung darüber bezahlt, gleichzeitig aber auf dem Abschnitt der Ueberweisung mitgeteilt, daß mir die Zeitschrift nicht weiter zugesandt werden solle. Die Landbuchhandlung störte sich jedoch nicht daran und ließ mir jetzt einen Zahlungsbefehl zustellen, den ich zurückwies; daraufhin werde ich nun vom Amtsgericht zur „mündlichen Verhandlung des Rechtsstreites“ geladen. Wie ist die Rechtslage?

Antwort: Für Zeitschriften, die ohne Bestellung zugestellt werden, braucht der Bezugspreis nicht bezahlt werden; für 1921 aber um so weniger, als die Zustellung auf dem Abschnitt der Postüberweisung verbeten war.

Anfrage des Kreisarztes Dr. P. in G. Das Amtsgericht in W. hat den Gerichtsarzt und den Kreisarzt zu einer gerichtlichen Leichenbeschauung auf ein Dorf im Kreise Gr. geladen. Bei der Ankunft der Gerichtsärzte stellte sich heraus, daß die Kinderleiche inzwischen spurlos beseitigt ist. Das Amtsgericht will nur die Gebühren einer Leichenbesichtigung bezahlen, ist dies richtig bezw. welche Gebühren stehen jedem der Gerichtsärzte zu?

Antwort: Die Gerichtsärzte haben im vorliegenden Falle Tagegelder zu beanspruchen, da ein gerichtsärztliches Geschäft nicht ausgeführt ist; sollte das Dorf aber in geringerer Entfernung als 2 Kilometer vom Wohnsitze der Gerichtsärzte liegen, so sind Terminsgebühren zu berechnen.

Anfrage des Kreisarztes Dr. Sch. in H. Ist es zutreffend, daß in der Med.-Abt. des Ministeriums für Volkswohlfahrt dem bisherigen Referenten für das Irrenwesen, Reg.-Rat Dr. Beyer, jetzt auch das Referat für Gewerbehygiene übertragen ist?

Antwort: Dem Herausgeber dieser Zeitschrift ist davon nichts bekannt; nach dem Bildungsgang der betreffenden Referenten dürfte dies aber wohl kaum anzunehmen sein.

Infolge des mehr als doppelt so großen Umfangs der vorliegenden Nummer der Zeitschrift hat sich ihr Erscheinen etwas verspätet.

Beilage: „Rechtsprechung und Medizinal-Gesetzgebung“ erscheint diesmal nicht.

Deutscher Medizinalbeamtenverein
XI. Hauptversammlung
Preussischer Medizinalbeamtenverein
XXXII. Hauptversammlung
Bayerischer Medizinalbeamtenverein
XV. Landesversammlung

Gemeinsame Tagung am 10. und 11. September 1921 in Nürnberg

Tagesordnung:

Freitag, den 9. September, 8 Uhr abends: **Begrüßungsabend** mit Damen im Künstlerhause am Bahnhof (Erdgeschoß). Bei schönem Wetter im Garten.

Erster Sitzungstag:

Samstag, den 10. September, 9 Uhr vormittags: Sitzung im Künstlerhause.

1. **Geschäfts- und Kassenbricht.**
2. **Bericht über die Entwürfe zu einem Deutschen Strafgesetzbuche** (Entwurf der Strafrechtskommission 1913 und Entwurf 1919 a) vom Standpunkt des Irrenarztes, b) von dem des Gerichtsarztes. Berichterstatter: a) Geh. Med.-Rat Prof. Dr. Schultze-Göttingen und b) Prof. Dr. Lochte-Göttingen.
   (Nach der Besprechung Frühstückspause.)
3. **Die einheitliche Gestaltung der staatsärztlichen Prüfung im Deutschen Reich.** Berichterstatter: Geh. Ob.-Med.-Rat Prof. Dr. Abel-Jena und Geh. Med.-Rat Prof. Dr. Strassmann-Berlin.
4. **Vorstandswahl und Bericht der Rechnungsprüfer.**

5 Uhr nachmittags: **Sondersitzung des Preußischen und des Bayerischen Medizinalbeamtenvereins im Künstlerhause.**

A) Tagesordnung des Preußischen Medizinalbeamtenvereins:

1. **Geschäfts- und Kassenbericht.** Im Anschluß hieran **freie Aussprache über die amtliche Stellung und wirtschaftliche Lage der preußischen Medizinalbeamten.**
2. **Anträge auf Änderung der Satzungen.**
3. **Vorstandswahl und Bericht der Rechnungsprüfer.**

Im Anschluß an diese Sondersitzung: **Generalversammlung der Jubiläumsstiftung des Vereins.**

1. **Geschäfts- und Kassenbericht.**
2. **Vorstandswahl.**

B) Tagesordnung des Bayerischen Medizinalbeamtenvereins.

1. **Tätigkeitsbericht der Vorstandschaft.**
2. **Rechenschaftsbericht des Kassenwarts.**

3. **Besoldungsordnung und einschlägige Fragen.**
4. **Satzungsänderung.**
5. **Wünsche und Anträge.**

8 Uhr abends: Zwangloses **gemeinschaftliches Essen** mit Damen im Künstlerhause.

Zweiter Sitzungstag:

Sonntag, den 11. September, 10 Uhr vormittags: Sitzung im Künstlerhause.

1. **Die Vereinheitlichung der Seuchenbekämpfung im Deutschen Reiche.** Berichterstatter: Prof. Dr. Rimpau-München.

   (Nach der Besprechung Frühstückspause.)

2. **Die bisherigen Leistungen der öffentlichen Gesundheitspflege und der Medizinalverwaltung in dem Deutschen Reiche und in den Einzelstaaten nach dem Kriege und ihre Aufgaben für die Zukunft.** Berichterstatter: Kreisarzt Med.-Rat Dr. Bundt-Halle a. S.

3 Uhr nachmittags: Zwangloses **gemeinschaftliches Essen** im Künstlerhause.

8 Uhr abends: Teilnahme mit Damen am Begrüßungsabend des Deutschen Vereins für öffentliche Gesundheitspflege, der am 12. und 13. September in Nürnberg tagt. (Vortrag mit Lichtbildern über Alt-Nürnberg; im großen Saal des Künstlerhauses, I. Stock).

Sonderveranstaltungen für Damen.

Samstag, den 10. September: Führung durch Nürnberg; 4½ Uhr nachmittags: Damenkaffeestunde im Tiergarten.

Sonntag, den 11. September: Führung durch das Germanische Museum. (Treffpunkt für die Führungen jeweils 10 Uhr vormittags, Künstlerhaus.)

Verzeichnis der Gasthöfe und Preise:

Hotel		1 bettig	2 bettig	Frühstück
Hotel Bamberger Hof,	80 Betten,	v. 25 M. an,	v. 40 M. an,	5.— M. p. Pers
„ Deutscher Hof,	90 „	„ 28 „ „	„ 45 „ „	8.— „ „ „
„ Deutscher Kaiser,	70 „	„ 23 „ „	„ 40 „ „	4.50 „ „ „
„ Föttinger,	20 „	„ 20 „ „	„ 40 „ „	4.50 „ „ „
„ Königshof,	75 „	„ 28 „ „	„ 50 „ „	8.50 „ „ „
Palast-Hotel Fürstenhof,	300 „	„ 30 „ „	„ 55 „ „	4.50 „ „ „
Hotel Rother Hahn,	110 „	„ 25 „ „	„ 45 „ „	5.— „ „ „
„ Viktoria,	110 „	„ 25 „ „	„ 45 „ „	4.50 „ „ „
„ Weißer Hahn,	60 „	„ 20 „ „	„ 45 „ „	9.— „ „ „
„ Wittelsbach,	150 „	„ 28 „ „	„ 45 „ „	5.— „ „ „
„ Württemberger Hof A.-G.	250 „	„ 30 „ „	„ 55 „ „	5.— „ „ „

Die Zimmerpreise verstehen sich ohne städt. Wohnsteuer, die mit 10% des Zimmerpreises extra berechnet wird und ohne Trinkgeld, dagegen einschl. der 10% Reichswohnsteuer. Wo die Frühstückspreise über 5 Mk. pro Person betragen, ist Weißbrot und Butter einbegriffen.

Der Fremdenverkehrsverein Nürnberg besorgt für die Tagung der Medizinalbeamten sämtliche Zimmerbestellungen (Hotel und Privat). Karten mit bezahlter Rückantwort erbeten. An den Versammlungstagen ist die Geschäftsstelle im Hauptbahnhof Tag und Nacht geöffnet.

Wodtke-Jena **Frickhinger**-München
Sieveking-Hamburg **Bundt**-Halle a. S. **Schuster**-Augsburg

Verantwortlich für die Schriftleitung: Prof. Dr. Rapmund, Geh. Med.-Rat in Lippspringe.
Druck von J. C. C. Bruns, Minden i. W.

34. Jahrg. Nr. 16 20. August 1921

ZEITSCHRIFT FÜR MEDIZINALBEAMTE

Zentralblatt

für das gesamte Gebiet der gerichtlichen Medizin und Psychiatrie, des staatlichen und privaten Versicherungswesens, sowie für das Medizinal- und öffentliche Gesundheitswesen, einschl. der praktischen und sozialen Hygiene.

Herausgegeben von

Prof. Dr. Otto Rapmund

Geh. Med.-Rat in Bad Lippspringe.

Offizielles Organ des Deutschen, Preussischen, Bayerischen, Sächsischen, Württembergischen, Badischen, Hessischen, Mecklenburgischen, Thüringischen und Braunschweigischen Medizinalbeamtenvereins.

Eine Beilage: Rechtsprechung und Medizinalgesetzgebung

Bezugspreis für das Jahr: 30 M, durch die Post bezogen: 32 M.

VERLAG VON FISCHER'S MEDIZ. BUCHHANDLUNG H. KORNFELD, Berlin W. 62, Keithstraße 5.

INHALT.

Geschäftsstelle und Versand für die Mitglieder des Medizinalbeamtenvereins durch J. C. C. BRUNS, Buchdruckerei, MINDEN i. WESTF.

Alleinige Anzeigen-Annahme und verantwortlich für den Anzeigenteil: HANS PUSCH, BERLIN SW. 48, Wilhelmstraße 28.

Personalien.

Deutsches Reich und Preussen.

Ernannt: Geh. Med.-Rat Dr. Beninde, Ministerialrat in der Med.-Abt. des Ministeriums für Volswohlfahrt zum Direktor der Landesanstalt für Wasserhygiene in Berlin-Dahlem, Geh. Reg.-Rat Prof. Dr. Juckenack und Reg.- und Med.-Rat Dr. König zu Ministerialräten in der Med.-Abt. des Ministeriums für Volkswohlfahrt. Kreisassistenzarzt Dr. Viereck aus Tessin zum Kreisarzt in Gummersbach.

34. Jahrg. Zeitschrift 1921.

für

MEDIZINALBEAMTE

Zentralblatt

für das gesamte Gebiet der gerichtlichen Medizin und Psychiatrie, des staatlichen u. privaten Versicherungswesens, sowie für das Medizinal- u. öffentliche Gesundheitswesen, einschl. der prakt. u. sozialen Hygiene

Herausgegeben

von

Prof. Dr. Otto Rapmund

Geh. Med.-Rat in Bad Lippspringe.

Offizielles Organ d. Deutschen, Preußischen, Bayerischen, Sächsischen, Württembergischen, Badischen, Hessischen, Mecklenburgischen, Thüringischen u. Braunschweigischen Medizinalbeamtenvereins

Verlag von Fischer's med. Buchhandlung H. Kornfeld

Herzogl. Bayer. Hof- u. K. u. K. Kammer-Buchhändler

Berlin W. 62, Keithstrasse 5

Nr. 16. | Erscheint am 5. und 20. jeden Monats | 20. Aug.

Preussische Medizinalbeamtenfragen.

Von Reg.- und Med.-Rat Dr. Hoche-Osnabrück.

I. Durch Erlasse des Herrn Ministers für Volkswohlfahrt vom 7. bezw. 8. März d. J. wurde ein Teil der vollbesoldeten Kreisärzte rückwirkend auf das Rechnungsjahr 1920 in Gruppe 11 des Besoldungsplans versetzt, ein Teil der Regierungs- und Medizinalräte in Gruppe 12. Meistens ist dabei anscheinend in der Weise verfahren, daß bestimmte Stellen für zu Gruppe 11 bezw. 12 gehörig erklärt wurden, und daß die in diesen Stellen befindlichen Beamten ihre Stelle behielten, so daß sie — teilweise sehr unerwarteter- und unnötigerweise — die erhebliche hierdurch bedingte Einkommenserhöhung erhielten. Aeltere vollbesoldete Kreisärzte, die nicht in Gruppe 11 gekommen sind, fühlen sich hierdurch beschwert. Von verschiedenen Seiten habe ich erfahren, daß diese Anordnung einfach nicht verstanden wird. Die betreffenden Kreisärzte stehen auf dem Standpunkt, daß, wenn in bestimmten Stellen besondere Leistungen erwartet werden, diejenigen Herren, die in längerer Dienstzeit ihre Leistungsfähigkeit bewiesen und ausgiebige dienstliche Erfahrung gesammelt haben, ein Anrecht auf Be-

vorzugung haben müßten. Es hätte ihnen die Möglichkeit geboten werden müssen, sich zur Versetzung in Stellen der Gruppe 11 bereit zu erklären.

Nun ist allerdings anzunehmen, daß mancher ältere Kreisarzt bei den jetzigen Wohnungs- und Umzugsschwierigkeiten vorgezogen hätte, nicht der Gruppe 11 zuliebe sich versetzen zu lassen, zumal, da ein Teil der Stellen Nebeneinnahmen bietet, die durch das Aufrücken nicht ausgeglichen werden. Bei sehr vielen Stellen sind die Nebeneinnahmen aber so gering — vergl. diese Zeitschrift S. 246 —, daß mancher ältere Kreisarzt von dem Rechte, sich in eine Stelle der Gruppe 11 versetzen zu lassen, trotz des zu erwartenden vorläufigen Wohnungselendes, das übrigens vielfach durch Wohnungstausch zu mildern gewesen wäre, im Interesse der Versorgung seiner Familie gern Gebrauch gemacht hätte. Allerdings wären dem Staate durch die Versetzung jüngerer Kreisärzte aus den jetzigen Stellen der Gruppe 11 in Stellen der Gruppe 10 und älterer aus Stellen der Gruppe 10 in solche der Gruppe 11 Unkosten erwachsen. Zur Vermeidung dieser Unkosten hätte es sich empfohlen, zunächst dem Dienstalter entsprechend die Gruppenverteilung vorzunehmen und späterhin bei eintretenden Vakanzen die Stellen der Gruppe 11 auszuschreiben und möglichst aus der Zahl der bereits der Gruppe 11 angehörenden Kreisärzte zu besetzen. Das jetzt bei manchem älteren Kreisarzt vorhandene Gefühl ungerechtfertigter Zurücksetzung, daß gerade die brauchbarsten Medizinalbeamten nur zu leicht in den Kommunaldienst treibt, der vielfach sogar Gruppe 12 bietet, wäre vermieden.

Aehnlich, aber noch schlimmer, liegt die Sache bei den Regierungs- und Medizinalräten. Früher waren die Stellen an den Sitzen der Oberpräsidien gesucht, weil die Tätigkeit im Provinzial-Medizinalkollegium einen für die damaligen Verhältnisse nicht unerheblichen Gehaltszuschuß brachte. Für die jetzigen Geldverhältnisse war dieser nicht pensionsfähige Zuschuß aber nicht ausreichend, um in einem Reg.- und Med.-Rat, den nicht besondere Verhältnisse in eine bestimmte Provinzialhauptstadt zogen, den Wunsch nach Versetzung dorthin aufkommen zu lassen. Waren diese Stellen aus obigem Grunde früher vorwiegend mit älteren Reg.- und Med.-Räten besetzt, so ist es erklärlich, daß nach dem Kriege gerade hier Vakanzen eintraten. Hierauf ist es zurückzuführen, daß etwa die Hälfte der Stellen in den Provinzialhauptstädten mit Herren besetzt ist, die erst nach der Revolution in ihr Amt aufgestiegen sind. Bis auf einen aber sind, soweit mir bekannt, nur die in den Provinzialhauptstädten ansässigen Reg.- und Med.-Räte in Gruppe 12 gekommen, selbst wenn sie mit dem Tage des Eintritts in diese Stelle direkt den Sprung aus Gruppe 10 in Gruppe 12 machten.

Die Berechtigung zu dieser Gruppenverteilung scheint in der Zuweisung der Tätigkeit in den neuen „Gerichtsärztlichen

Ausschüssen“ gesucht zu sein. Daß diese Tätigkeit ein gewisses Maß von Arbeit bringen wird, ist sicher. Ob aber dieses Arbeitsmaß durchgehends ausreicht, um nun diese Stellen zu den wichtigsten und arbeitsreichsten im ganzen Staate zu stempeln, erscheint nicht nur mir, sondern auch anderen Regierungs- und Medizinalräten recht zweifelhaft, ganz abgesehen davon, daß ein zwingender Grund dafür, daß der Vorsitzende dieses Ausschusses in der Provinzialhauptstadt wohnt, kaum anzuerkennen ist. Außerdem ist es ja noch sehr zweifelhaft, ob bei der beabsichtigten Verwaltungsreform nicht vielleicht die Oberpräsidien ganz verschwinden.

Ein weiterer Grund, die älteren Reg.- und Med.-Räte mit der jetzigen Regelung unzufrieden sein zu lassen, ist folgender: Seit 1909 erhielten bekanntlich die älteren Oberbeamten der Behörden außer dem Gehalt eine besondere pensionsfähige Zulage. Von den Regierungs- und Medizinalräten erhielt diese Zulage das ältere Drittel. Bei der Bauverwaltung ist diesem früheren Anrecht der älteren Herren Rechnung getragen in der Weise, daß eine erhebliche Anzahl derselben und zwar sogar solche, die zum 1. April 1921 in den Ruhestand traten, im März d. J. zu Oberbauräten in Aufrückungsstellen der Gruppe 12 ernannt und als solche pensioniert sind.

Auch in der Medizinalverwaltung ist allerdings nach der Aeußerung aus dem Pressereferat des Wohlfahrtsministeriums in Nr. 11 S. 204 dieser Zeitschrift bei der Versetzung in Aufrückungsstellen angestrebt, „daß möglichst viele der vom Altersgrenzegesetz betroffenen Medizinalbeamten eine Aufrückungsstelle erhielten, noch bevor sie in den Ruhestand versetzt wurden“. Dieses Zugeständnis bedeutet meines Erachtens die Anerkennung, daß auch die am 1. April 1921 in den Ruhestand tretenden älteren Medizinalbeamten ein moralisches Anrecht auf eine bessere Altersversorgung hatten, als Gruppe 10 bezw. 11 ihnen bietet. Weshalb soll denn aber ein 1921 in den Ruhestand tretender Kreisarzt ein erheblich höheres Ruhegehalt beziehen, als ein 1922 pensionierter?

Besonders ungünstig liegt die Sache für die Regierungs- und Medizinalräte, für die es keine „Aufrückungsstellen“, sondern nur „Sonderstellungen“ gibt. Wer jetzt nicht eine „Sonderstellung“ innehatte, ist trotz der ihm bei dem Uebertritt aus einer verhältnismäßig erheblich höhere Bezüge bietenden Kreisarztstelle in Aussicht gestellten Alterszulage von dem Aufrücken in Gruppe 12 ausgeschlossen. Bedeutet das nicht die glatte Aufhebung eines wohlerworbenen Rechtes der Regierungsmedizinalräte auf Besserstellung gegenüber den Kreisärzten, aus denen sie hervorgegangen sind? Mag vielleicht diese Aufhebung des Rechts der Regierungs- und Medizinalräte juristisch nicht anfechtbar sein, was allerdings auch noch sehr zweifelhaft ist, so entspricht es sicher nicht der allgemeinen Auffassung von Treu und Glauben, wenn der Staat einem Beamten beim Uebertritt in eine höhere Stellung ein höheres Einkommen, als er

früher bezog, zugesagt, wenn diese Zusage aber durch Erhöhung des Einkommens seiner früheren Amtsgenossen nachträglich völlig wertlos gemacht wird.

Dazu kommt die Titelfrage. Man mag hierüber denken, wie man will, die Wertschätzung der Titel hat nach der Revolution nicht abgenommen, eher noch zugenommen. Die Verleihung des Titels als Gerichtsrat an jeden Richter, als Studienrat an jeden akademisch gebildeten Lehrer, als Obersekretär an jeden Sekretär usw. zeigt dies zur Genüge. Auch für die Medizinalbeamten muß die Titelfrage mit Rücksicht auf die Inanspruchnahme des Titels „Regierungsmedizinalrat" für etwa 1000 Aerzte der Versorgungsämter endlich gelöst werden. Nach Analogie der Ernennung der in Gruppe 12 aufgenommenen zu Oberbauräten ernannten Regierungs- und Bauräte ist dann für die Reg.- und Med.-Räte der Gruppe 12 der Titel „Obermedizinalrat" oder „Oberregierungsrat" zu erwarten. In den Augen des Publikums sind diese dann an Kenntnissen und Einfluß den einfachen Reg.- und Med.-Räten weit überlegen, obwohl sie durchaus nicht immer wegen überragender dienstlicher Befähigung und Leistungen in die Gruppe XII hineingelangt sind, wie oben dargelegt. Auch dies wird von den älteren Reg.- und Med.-Räten als ungerechtfertigte Zurücketzung. empfunden werden.

II. Vor mir liegen die von der Preußischen Staatsregierung herausgegebenen Bestimmungen über Bildung und Aufgaben der Beamtenausschüsse vom 24. März 1919 nebst den vom Finanzminister hierzu erlassenen Ausführungsbestimmungen vom 9. August 1919. Diese Bestimmungen geben den Beamten jeder Behörde weitgehende Rechte in bezug auf Mitwirkung bei der Geschäftsverteilung usw.

Besonders wichtig für uns ist § 3 und § 6 nebst Ausführungsbestimmung zu § 3:

„§ 3. Der Beamtenausschuß dient der Aufgabe, das Vertrauensverhältnis zwischen Verwaltung und Beamtenschaft zu stärken und als Vertrauensorgan der Beamten deren Interessen behufs Erhaltung ihrer Arbeitsfreudigkeit und behufs Vermeidung von Reibungen bei dem Vorstande der Behörde zu vertreten.

Der Ausschuß ist berechtigt, sich über allgemeine innerdienstliche Angelegenheiten gutachtlich zu äußern.

Der Vorstand der **Behörde hat dem Ausschuß** in geeigneten Fällen auch ohne eine von ihm ausgehende Anregung vor Erlaß von Anordnungen, die den inneren Dienst oder persönliche Angelegenheiten betreffen, **Gelegenheit zur gutachtlichen Aeußerung** zu geben.

§ 6. Die Minister sind ermächtigt, in Anpassung an besondere Verhältnisse ihrer Verwaltung nähere Ausführungsbestimmungen zu erlassen, ..."

Ausführungsbestimmung zu § 32:

„Der Behördenvorstand soll dem Beamtenausschuß Gelegenheit zu gutachtlicher Aeußerung geben:

a) bei grundlegenden Aenderungen in Geschäftsverteilung und Dienstbetrieb,
b) . . . .

Andererseits hat der Beamtenausschuß die ihm von den Beamten vor-

getragenen Wünsche, wenn er sie billigt, befürwortend dem Vorstand zu übermitteln und kann auch von sich aus mit Anregungen an den Vorstand herantreten.“

Wenn man diese Bestimmungen liest, muß man da nicht auf den Gedanken kommen, daß es wohl angebracht gewesen wäre, daß die Medizinalbeamten in geeigneter Weise zu den für ihr Wohl und Wehe so wichtigen Fragen der Gruppenzuteilung usw. gehört wären? Sollen vielleicht die Bestimmungen der Staatsregierung sich nur auf die örtlich zusammengefaßten Behörden beziehen, nicht aber auf die diesen Behörden zugewiesenen, aber von einer anderen Stelle ressortierenden Beamten? Ist nicht, was jedem Kanzleibeamten, jedem Amtsgehilfen recht ist, auch dem Medizinalbeamten billig? Hätte nicht nach § 6 jeder der Herren Minister die Möglichkeit — vielleicht sogar die Pflicht — gehabt, alsbald eine Vertretung der von ihm ressortierenden Beamten zu schaffen und diesem Ausschuß die Frage der Gruppenzuteilung zur Begutachtung vorzulegen. Ich bin fest überzeugt, daß ein etwa aus einem Regierungs- und Medizinalrat, 2 nichtvollbesoldeten Kreisärzten, einem vollbesolldeten Kreisarzt und einem Kreisassistenzarzt bestehender Ausschuß sich gegenüber Vorschlägen zur Gruppeneinteilung, wie sie jetzt durchgeführt ist, durchaus ablehnend verhalten haben würde. Das Gleiche gilt sowohl für die juristisch vorgebildeten Verwaltungsbeamten, wie für alle übrigen technisch vorgebildeten Regierungsdezernenten.

III. Was müssen wir nun fordern?

a) Wir müssen grundsätzlich fordern, daß die höheren Beamten — nicht nur die Medizinalbeamten — eine von dem ihnen vorgesetzten Ministerium anerkannte Vertretung erhalten, ohne deren Befragung wichtige „Anordnungen, die den „inneren Dienst oder persönliche Angelegenheiten betreffen“, nicht erlassen werden dürfen. Ganz besonders wichtig ist dies für uns Medizinalbeamte noch aus folgendem Grunde: Zweifellos hat sich infolge der Umänderungen an der Spitze unserer Verwaltung der Einfluß der dieser Spitze angehörigen aus unsern Reihen hervorgegangenen Beamten ganz erheblich verringert. In dem früheren Ministerium des Innern hatten wir in den Dezernenten der Medizinalabteilung Vertrauensmänner, die unsere Bedürfnisse und Sorgen aus eigener Erfahrung kannten und auch genug Einfluß hatten, um mit Erfolg für uns einzutreten. Jetzt werden im Ministerium für Volkswohlfahrt viele Stoffe bearbeitet, die der Medizinalabteilung des Ministeriums des Innern teils völlig fremd waren, teils von ihr nicht in der jetzigen Weise betont wurden. Dies muß naturgemäß dazu führen, daß der Einfluß — vielleicht auch die Zahl — der aus der Medizinalbeamtenlaufbahn hervorgegangenen Dezernenten abnimmt, und damit der Einfluß der Medizinalbeamten selbst. Das Verlangen der Schaffung eines Medizinalbeamtenausschusses in oben skizziertem Sinne ist deshalb für uns ein dringendes Gebot der Zeit.

b) Wir müssen ferner, da nun einmal die verfügten Eingruppierungen von Kreisärzten und Regierungs- und Medizinalräten nicht rückgängig zu machen sind, fordern, daß diese unserem Interesse nicht entsprechende Eingruppierung ergänzt wird in etwa folgender Weise, daß

1. ein bestimmtes Teil der Stellen der vollbesoldeten Kreisärzte als Aufrückungsstellen dem Dienstalter der Inhaber nach in Gruppe 11 fällt und
2. zunächst sämtliche Reg.- und Medizinal-Räte in Gruppe 12 versetzt werden, da die dienstjüngsten Reg.- und Med.-Räte die Stellen der Gruppe 12 einnehmen. Einem späteren Abbau dieser Stellen bis auf eine bestimmte Zahl der wichtigsten, zu denen aber die Stellen an den Sitzen der Oberpräsidien nicht grundsätzlich zu zählen sind, soll damit nicht vorgegriffen werden.
3. Sollte dies aus praktischen Gründen nicht möglich sein, so sind immer mindestens die zum ersten Dienstaltersdrittel gehörigen Reg.- und Med.-Räte sämtlich in Gruppe 12 zu versetzen, bis alle in der Voraussicht der späteren Alterszulage vom Jahre 1909 in die Stellung bei einer Regierung übergetretenen jetzigen Reg.- und Med.-Räte aus dem Dienste ausgeschieden sind.
4. Falls sowohl für die Kreisärzte der Gruppen 10 und 11, als auch für die Regierungs- und Medizinalräte der Gruppen 11 und 12 je verschiedene Amtsbezeichnungen eingeführt werden, werden dieselben entsprechend den Forderungen zu 2 zugeteilt.

IV. In Nr. 13 dieser Zeitschrift findet sich ein Bericht über die am 12. Juni d. J. abgehaltene Sitzung des Vorstandes des Preußischen Medizinalbeamtenvereins. Es ist hier auch die Frage einer Organisationsänderung des Vereins besprochen. Ich glaube, jede Satzungsänderung muß als Grundlage zunächst die vorstehend erörterte Schaffung eines amtlich anerkannten Medizinalbeamten-Ausschusses haben. Ist diese erreicht, so muß die auch meines Erachtens dringend gebotene Neuorganisation des Vereins von dem Grundsatze ausgehen, daß die Auffassung des Vereins in dem Ausschusse maßgebend zur Geltung kommt. Ob hierzu der jetzt vorgeschlagene Zusatz zu § 8 der Satzungen dauernd genügend ist, wird sich herausstellen. Vorläufig halte ich ihn für zweckentsprechend und auch das beabsichtigte Zusammentreten des erweiterten Vorstandes bereits bei der diesjährigen Hauptversammlung des Preuß. Medizinalbeamtenvereins für dringend wünschenswert.

V. In vorstehenden Erörterungen bin ich auf die Frage der Höhe des Ruhegehalts der Inhaber von Stellen, die eben vor oder mit der Einreihung ihrer Stelle in Gruppe 11 bezw. Gruppe 12 in den Ruhestand getreten sind, nicht eingegangen. Es liegt hierin durchaus keine Mißachtung dieser für die betreffenden Kollegen äußerst wichtigen Frage. Ich halte es aber

für den richtigeren Weg, wenn zunächst die Frage geklärt wird, ob das Dienstalter mindestens jedem vollbesoldeten Medizinalbeamten das Recht auf Eintritt in Gruppe 11 bezw. 12 gibt. Erst dann ist die Frage der Berechnung des Ruhegehalts spruchreif für diejenigen Herren, die ohne erst in „Sonderstellungen“ oder „Aufrückungsstellen“ gekommen zu sein, seit dem Kriege pensioniert sind.

Ebenso halte ich auch die völlige Ausschließung der nichtvollbesoldeten Kreisärzte von den Vorteilen des Aufstieges in eine höhere Gruppe einschließlich der zu erwartenden Titelveränderung nicht für gerechtfertigt. Auch die Lösung dieser Frage muß aber vorläufig zurückgestellt werden.

VI. Wie mehrfach erwähnt, betreffen die von mir besprochenen Fragen großenteils nicht nur die Medizinalbeamten; sie gehen vielmehr alle höheren Beamten an. So ist, um ein Beispiel anzuführen, die Zuteilung der Regierungs- und Veterinärratsstellen zu Gruppe 12 m. W. nach dem gleichen Schema wie bei den Reg.- u. Med.-Räten erfolgt, obwohl es für diese „Gerichtsärztliche Ausschüsse“ doch nicht gibt. Ganz besonders ungünstig ist die Lage der juristisch vorgebildeten Verwaltungsbeamten, denen ein großer Teil der Aussicht auf den Uebergang in höhere Stellen durch die jetzige Art der Besetzung der Staats-, Provinzial-, Bezirks- und Kreisbehörden genommen ist. Daß dies auch den Medizinalbeamten und den übrigen technischen höheren Beamten ebenso ergehen kann, bedarf keiner Erörterung. Auch jetzt schon ist die Zugehörigkeit zu einer bestimmten politischen Partei anscheinend nicht immer ohne Einfluß auf die Auswahl bei der Besetzung von Stellen. Um so mehr ist der Zusammenschluß aller höheren Verwaltungs- und sonstigen Beamten in einem großen Verbande geboten, der die Allen gemeinsamen Interessen zu vertreten hat, während die speziellen Interessen in den Sonder-Berufsvereinen und in Sonder-Berufs-Beamtenausschüssen wahrgenommen werden müssen.

Die Gründung dieses Verbandes dürfte in absehbarer Zeit erfolgen durch Zusammenschluß der verschiedenen Verbände höherer Beamten in dem Reichsbund der höheren Beamten Deutschlands, dessen preußische Landesgruppe, der Landesverband der höheren Beamten Preußens für uns von besonderer Wichtigkeit sein wird. Dieser Landesverband wird bestehen aus den einzelnen Berufsvereinen als Mitgliedern. Seinen Unterabteilungen müssen je nach der Größe der Mitgliederzahl in den einzelnen Orten oder Bezirken entweder von den Mitgliedern der einzelnen Berufsvereine als Einzelmitglieder gebildet werden oder von den Bezirksgruppen der Berufsvereine als korporative Mitglieder, ohne daß den Mitgliedern der Berufsvereine hierdurch besondere Aufwendungen erwachsen. Eine derartige Organisation bildet eine Macht, mit der an höherer Stelle gerechnet werden muß. Aber auch nur,

wenn wir höheren Beamten in dieser Weise geeint auftreten, können wir erwarten, daß den berechtigten Forderungen sowohl der höheren Beamten im allgemeinen als auch denen der Sondergruppen, darunter den von uns Medizinalbeamten gestellten, ein Erfolg zuteil wird.

Die preussischen Kreisärzte und der I. Deutsche Gesundheitsfürsorgetag in Berlin am 25. Juni 1921.

Von Kreisarzt Dr. Kühnlein in Merseburg.

(Fortsetzung und Schluß.)

Die Beratung sozialhygienischer Gesetze erscheint mir bezüglich ihres Wertes für die Volksgesundheit nicht genügend gewährleistet, wenn lediglich die gesetzgebenden Körperschaften, in denen vielleicht hin und wieder ein Arzt, ein Fachmann, Platz hat, sie vornehmen. Auch daß man die Medizinalbehörden in der Regierung hört, reicht nicht aus. Es ist unbedingt erforderlich, daß sowohl die Organisation der praktischen Aerzte, als auch die der Medizinalbeamten befragt wird. Hier sitzen die Männer, die in dem pulsierenden Leben stehen, die praktisch, fachmännisch arbeiten. Daß aber der beamtete Arzt vor allem in sozialhygienischen Dingen Fachmann ist, das bestätigen jedem, der es hören will, die praktischen Aerzte täglich. So sagte mir neulich ein Kollege aus der Praxis, daß es besser wäre, wenn die beamteten Aerzte die Säuglings- und Tuberkulosefürsorge und ähnliche Gebiete in die Hand nähmen; sie hätten die Vorbildung dazu. Außerdem: Wenn der praktische Arzt heute soviel erarbeiten wolle, daß er leben könne, dann habe er zu dieser Tätigkeit keine Zeit. Man erlebe ferner in den Kreisen der Aerzteschaft immer wieder, daß die jüngeren Kollegen sich dieser Tätigkeit hingeben, um erst in die Praxis hineinzukommen; sobald sie Praxis hätten, dann zögen sie sich aus der sozialhygienischen Tätigkeit heraus. Ich will mich einer kritischen Beleuchtung dieser Worte enthalten. Es war mir aber interessant, dieses Urteil zu hören, und ich glaube, es dem Leser nicht vorenthalten zu dürfen. Vollends lehnte dieser Herr das Halten belehrender Vorträge durch den praktischen Arzt ab. Er sagte unumwunden: „Dazu ist der beamtete Arzt da; dieser verfügt auch über das Material dazu.“

Aus den Fragebogen habe ich nun festgestellt, daß die beamteten Aerzte — d. h. die noch lebenden und amtierenden — seit 1884 belehrende Vorträge aus einer ganzen Reihe von Gebieten der Sozialhygiene, der Medizin, ja — der Naturwissenschaften gehalten haben. Von den 317 Antworten waren 265 in dieser Hinsicht bejahend = 83,6 %. Es ist also die erdrückende Mehrzahl der preußischen Kreisärzte herausgegangen aus dem Büro und der Studierstube und hat seit 37 Jahren sich redlich bemüht, aufzuklären. Was will man also von uns? Man gründet immer neue Vereine, die aufklären sollen, — „planmäßig das ganze

Volk" — sagt man. Kann es eine planmäßigere Aufklärung geben als die durch den Gesundheitsbeamten des Kreises? Es sei hierbei nicht vergessen, daß von den verschiedensten Seiten uns auch bereitwilligst Material zu solchen Vorträgen übermittelt wurde, vor allen Dingen aber Hilfsmittel, wie Bilder, Lichtbilder, Films, Phantome und ähnliches mehr, deren lebendige Einwirkung auf die Volksseele wir niemals unterschätzt haben. Das statistische und sonstige erforderliche Material gab und gibt uns unser Büro, das wir uns alle selbst schaffen und unterhalten, und unsere Tätigkeit. Ich will, wenn auch Aufzählungen langweilig wirken, die Vorträge, die mir besonders mitgeteilt sind, hier benennen und bitte, mir diese Zusammenstellung nicht übel zu nehmen. Ich halte es für erforderlich, daß betont wird, worüber von uns gesprochen worden ist:

Fürsorgeorganisation im allgemeinen. — Ueber Sozialhygiene. — Geburtenrückgang und Säuglingssterblichkeit. — Wohnungsfrage und Säuglingssterblichkeit. — Mütterberatungsstellen. — Säuglingsfürsorge (104 Vortragende). — Lehrgänge in der Säuglingspflege (bis zu 6 Wochen Dauer). — Ueber Milchküchen. — Ueber Krippen. — Die Krankheiten des Kleinkindes. — Kleinkinderpflege. — Das gesunde und das kranke Kind. — Die Seele des Kleinkindes. — Jugendpflege. — Jugendpflege und Volksgesundheit. — Ansteckende Krankheiten des Kindesalters. — Englische Krankheit und sonstige Konstitutionsanomalien des Kindes. — Das Ziehkinderwesen. — Berufsvormundschaft. — Das uneheliche Kind. — Schwangeren- und Wöchnerinnenfürsorge. — Wochenbettpflege. — Die Abtreibungen und ihre Gefahren für die Frau und das Volk. — Welche Ursachen haben letzten Endes die Abtreibungen. — Verbreitung der Infektionskrankheiten durch die Schulen. — Die Hilfsschule und das geistesschwache Kind. — Schulkrankheiten. — Die Tätigkeit des Schularztes. — Die Zahnkaries des Schulkindes. — Schulzahnpflege. — Haar- und Hautkrankheiten in der Schule. — Jugendspiele. — Die Nützlichkeit des Badens. — Badewesen. — Schulhygiene. — Ueber Ungeziefer. — Fürsorge für die der Schule entwachsene Jugend. — Sexuelle Gefahren für die Jugend. — Sexualpädagogik. — Turnen, Spiel, Sport. — Leibesübungen. — Reinlichkeit. — Sünden gegen die Gesundheit — Wohnungsfürsorge. — Die Tätigkeit der Wohnungsbauvereine. — Behebung des Wohnungselends, die alleinige Grundlage der Volksgesundheit (vorm Kriege gehalten). — Städtereinigung (Kleinstadt — Großstadt). — Ortshygiene auf dem Lande. — Wasserversorgung in Stadt und Land. — Regelung des Wohnungswesens durch Ortsstatut als Grundlage der Volksgesundheit (vorm Kriege gehalten). — Fortbildungskurse in Hygiene für Lehrer. — Die Gefahren des Alkoholgenusses (29 Vortragende). — Fürsorge für Alkoholiker. — Der Nikotinverbrauch und seine Wirkung in gesundheitlicher und volkswirtschaftlicher Hinsicht. — Die Genußmittel, ihr Wert und Schaden für uns. — Ueber Tuberkulose, ihre Entstehung, Ausbreitung und Verhütung (118 Vortragende). — Liegehallen. — Heilstätten für Lungenkranke. — Tuberkulosefürsorge. — Aufgaben des Vertrauensarztes bei der Aussendung unbemittelter Tuberkulöser. — Die Geschlechtskrankheiten. — Fürsorge für Geschlechtskranke (61 Vortragende). — Geschlechtliche Aufklärung. — Prostitution. — Fürsorge für Prostituierte. — Geschlechtliche Gefahren. — Ansteckende Hautkrankheiten. — Bartflechten und andere Flechten und ihre Verhütung. — Die Infektionskrankheiten. — Grundlage der Bakteriologie. — Lebensweise und Verbreitung der Krankheitserreger. — Typhusinfektionen und Bazillenträger. — Diphtheriebazillenträger in der Schule. — Ruhrepidemien. — Uebertragung ansteckender Krankheiten der Haustiere auf den Menschen (Tollwut, Milzbrand, Rotz). — Kriegsseuchen. — Cholera. — Malaria. — Die Schutzpockenimpfung. — Die Krebskrankheit. — Die inneren Drüsen und ihre Wirkungen beim Menschen. — Verschiedene Krankheitsformen. — Erste Hilfe bei Unglücksfällen. — Die Gewerbekrankheiten. — Bandwurmkrankheiten. — Allgemeine Hygiene. — Gesundheitspflege. —

Gesundheitliche Gefahren der Industrialisierung. — Die Krankheiten und die Gesellschaft (ungeheuerlich, daß ein Kreisarzt einen solchen Vortrag halten kann!!). — Private und öffentliche Gesundheitspflege. — Gewerbehygiene. — Krankenpflege. — Kurse in der Krankenpflege. — Die Wanderhaushaltungsschule. — Krankenhäuser. — Krankenkassen. — Landkrankenpflege. — Frauenarbeit in der Landwirtschaft. — Frauenarbeit. — Unfallwesen. — Soziale Gesetzgebung. — Merkblätter über die Tätigkeit der Frauenvereine. — Zahlreiche belehrende Artikel aus den verschiedensten Gebieten der Gesundheitspflege in Kreisblättern und Tageszeitungen. — Ueber Kriegsbehörden. — Kriegsbeschädigtenfürsorge. — Kriegshinterbliebenenfürsorge. — Berufsberatung und Arbeitsnachweis. — Blindenfürsorge. — Krüppelfürsorge. — Das neue Krüppelfürsorgegesetz. — Rekrutenfürsorge. — Hebammenwesen. — Desinfektionswesen (sogar gegen die Formalindesinfektion haben Kreisärzte schon vor einer Reihe von Jahren geschrieben und gesprochen). — Desinfektions- und Entlausungskurse. — Grundlagen der medizinischen Wissenschaft. — Darvin und Haeckel. — Die Naturwissenschaften."

Das ist das, was mir auf den Fragebogen mitgeteilt worden ist. Persönlich weiß ich, daß noch über eine Reihe anderer Gebiete wiederholt von Kreisärzten gesprochen worden ist. Sieht man sich die Vortragsthemen aufmerksam durch, dann muß man, wenn man ehrlich ist, zugeben, daß die biologische Richtung durchaus nicht der bakteriologischen gegenüber zu kurz gekommen und der Sozialhygiene mit ihren zahlreichen Gebieten ein großer Raum gegeben ist. Somit scheinen doch sehr viele Kreisärzte ihre Tätigkeit nicht mit dem Seuchenmord für abgeschlossen zu erachten. Selbstverständlich ist ein Teil dieser Vorträge in Aerztevereinen, im Medizinalbeamtenverein, auf Medizinalbeamten-Versammlungen, auf den Kreislehrerkonferenzen und vor Hebammen und Schwestern gehalten worden. Aber der Kreisarzt hat sich durchaus nicht nur darauf beschränkt, vor den genannten Kreisen zu sprechen. Er hat, wie meine Umfrage ergeben hat, in zahllosen Fällen auch in öffentlicher Volksversammlung gesprochen. Die Kreise, vor denen er außer den genannten geredet hat, seien hier gleichfalls in aller Kürze aufgezählt:

Versammlungen der Landesversicherungsanstalten, Landwirtschaftliche Vereine, Landwirtschaftskammern, Gewerkschaften, Bildungsvereine, Volkshochschule, Fürsorgevereine, Turn- und Sportvereine, Fortbildungschulen, Frauenschulen, Schulen, Lehrer- und Lehrerinnenversammlungen, vaterländische Frauenvereine, landwirtschaftliche Winterschulen, Gendarmerieschulen, höhere Schulen, Abiturienten, Impftermine, Waisenratssitzungen, Innungsausschüsse, Vereine für Volkshygiene, Krankenkassen, evangelische Volksvereine, Lehrer-Seminare, Fabrikpflegerinnen, Gesundheitskommissionen, Sanitätskolonnen, Helferinnen-Abteilungen, Jugendpflegetagungen, Kreisausschüsse, Wanderausstellungen (Tuberkulose, Säuglinge, Geschlechtskranke, Alkoholiker usw.).

Auch hier möchte ich hinzufügen, daß mir persönlich bekannt ist, daß die Zahl der Vereine und Körperschaften und ähnliche noch größer und verschiedener ist, als die Herren in ihren Antworten angegeben haben. Daß sie sich bei ihren Vorträgen vielfach des Films, des Lichtbildes, der Abbildung, des Phantoms und statistischer Kurven und Zahlen nach Möglichkeit bedient haben, braucht nicht besonders hervorgehoben zu werden. Bezahlung für diese Arbeit ist nur in ganz vereinzelten

Fällen erfolgt. Jedermann hält das Aufklären für eine Pflicht der Medizinalbeamten, wobei nicht zu vergessen ist, daß die bloße Erfüllung dieser Pflicht nicht selten viel Unkosten macht durch die Beschaffung des für die Vorbereitung der Vorträge, Kurse usw. erforderlichen Materials, Bücher, Zeitschriften und ähnliches mehr.

Selbstverständlich ist mit der Aufklärungsarbeit die kreisärztliche Tätigkeit nicht erschöpft. Die Aufklärung muß die Bevölkerung aufnahmefähig machen für diese wichtige Gesundheits- und Wohlfahrtspflege, muß den Boden für diese vorbereiten sowohl bei denen, die die Mittel hergeben sollen, als auch bei denen, die der Fürsorge bedürfen. Es wird wohl niemand unter uns beamteten Aerzten geben, der nicht wüßte, daß ohne Aufklärung keine praktische Tätigkeit möglich ist. Aber wer hat denn außer uns aufgeklärt? Ich wäre dankbar, wenn mir außer uns noch recht viele in diesem Sinne namhaft gemacht werden könnten. Es gibt auch außerhalb unseres geschlossenen Kreises noch einige; das sind aber wenige. Im allgemeinen mußten wir auch dann die Vorbereitung der Vorträge dieser, besonders auf dem Lande, in die Hand nehmen und für Besuch sorgen. In den Städten lagen die Dinge zwar anders, aber auch hier war der Kreisarzt zum mindesten irgendwie beteiligt. Erst in den allerletzten Jahren hat sich mit der Zunahme der Maulwurfsarbeit gegen uns das Bild etwas geändert. Wir freuen uns aber, daß wir nun Unterstützung finden in der schweren Aufgabe, die wir an unserem zertrümmerten Volke zu verrichten haben. Vielleicht gelingt es uns, mit Hilfe dieser Unterstützung Besinnung in unser Volk zu bringen, Besinnung darauf, daß die Gesundheit des Volkes das einzige ist, das wir armen Deutschen uns vielleicht zurzeit noch etwas besser gestalten können und unbedingt gestalten müssen, wenn wir nicht als Volk zu Grunde gehen wollen. Indessen stehen wir Kreisärzte schon seit vielen Jahren auch in der praktischen sozialhygienischen Arbeit, wie sich dies auch für jeden, der einsehen will, von selbst versteht. In den Antworten, die ich erhielt, las ich vielfach, daß man Kreisarzt geworden wäre, weil man die Prophylaxe für die Gesamtheit des Volkes fast für wichtiger gehalten habe, als die Behandlung des Einzelfalles, daß man wohl gerechnet habe mit einer wirtschaftlichen Verschlechterung gegenüber den bisherigen Einnahmen als medicus practicus, aber einen unwiderstehlichen Drang gehabt habe, für einen größeren Volkskreis schaffen zu können und mitzuhelfen an der Lösung der sozialen Frage. So schreiben nicht bloß die jüngeren Kreisärzte, sondern auch eine Reihe älterer. Für den Sachkenner erscheint dies auch durchaus glaubhaft. Ein solcher weiß genau, wie es für den Kreisarzt immer wieder darauf ankommt, für sich persönlich zu verzichten und seinen Dienst in das Interesse der Allgemeinheit zu stellen. Ein solcher weiß auch, daß dies tatsächlich geschieht. So ersah ich denn aus den Antworten, daß ein älterer

Kreisarzt, schon im Jahre 1880 sich um das Zustandekommen einer Krippe in seinem Kreise eifrig bemüht und auch seine Pläne durchgedrückt hatte. Ein anderer hatte schon 1885 eine regelrechte Säuglingsfürsorgestelle eingerichtet. Ein dritter hielt bereits im Jahre 1893 Beratungsstunden für Tuberkulose ab. In größerem Umfange begann die kreisärztliche fürsorgerische Tätigkeit im Jahre 1899 einzusetzen. Von da an melden die beantworteten Fragebogen zunehmend bis zur Jetztzeit das Entstehen von Fürsorgestellen und anderer sozialhygienischer Einrichtungen verschiedenster Art. Ich habe den Eindruck gewonnen, daß die Kreisärzte meistenteils, um das Werden der Fürsorgeeinrichtungen überhaupt erst zu ermöglichen, zunächst einmal selbst die ganze praktische Arbeit in die Hand genommen haben. Gewiß waren auch andere Faktoren beteiligt, wohl besonders in den Großstädten. Das braucht nicht verschwiegen zu werden. Es wäre sogar falsch, wenn wir Kreisärzte jetzt eben dasselbe täten, was von anderer Seite uns gegenüber angewandt worden ist, nämlich wenn wir behaupten wollten, daß nur wir alles gemacht hätten, daß ohne uns vielleicht sogar die Welt untergehen würde. Heute handelt es sich aber nur darum, festzustellen, daß wir durchaus nicht beiseite gestanden haben und ansehnliche Leistungen aufzeigen können, wenn es galt, für Gesundheit und Wohl unseres Volkes zu arbeiten. Daß es auch unter uns eine Reihe solcher gibt, die Abneigung gegen jede fürsorgerische Tätigkeit empfunden haben und heute noch empfinden, sei nicht bestritten. Diese Kollegen haben ihre Ansichten mir gegenüber auch offen zum Ausdruck gebracht. Solche mag es auch unter unseren Gegnern geben; diese schreien jedoch drüben einfach mit, weil wir ihnen aus mancherlei Gründen unbequem sind. Es sei aber ausdrücklich festgestellt, daß die erdrückende Mehrzahl der Kreisärzte auf dem Gebiete der Sozialhygiene teils führend, teils mitarbeitend sich betätigt hat. Es muß dabei außerdem hervorgehoben werden, daß ihre Bemühungen in kleineren und mittelgroßen Städten sowie in den Landkreisen nicht selten statt großen Beifalles und freudigen Zuspruchs, Unwillen und ungeahnten Widerspruch auslösten. Trotzdem haben sie sich nicht entmutigen lassen und achten auch heute nicht der Schwierigkeiten, sondern arbeiten still und ruhig weiter. Jahr für Jahr berichten sie in ihren Jahresgesundheitsberichten ausführlich ihrer vorgesetzten Behörde über ihre Tätigkeit. Es wäre deshalb vielleicht auch möglich, von dieser, in deren Schoß die erwähnten Berichte gut ruhen, eingehend zu erfahren, was auf sozialhygienischem Gebiete von den Kreisärzten bisher geleistet bezw. nicht geleistet worden ist. Ich glaube nicht fehlzugehen in der Annahme, daß von dieser Seite bisher eine umfassende Zusammenstellung unserer sozialhygienischen Tätigkeit auf Grund der Jahresgesundheitsberichte nicht erfolgt ist. Vielleicht wäre durch eine solche mancherlei irrtümliche Vorstellung über unser Tun und Treiben

Jahr der Gründung	Schwangeren-, Wöchnerinnen-, Säuglingsfürsorge, Milchküchen, Krippen.	Kleinkinderfürsorge.	Schulärzte, Hilfsschulen, Schulzahnpflege.	Krüppelfürsorge.	Tuberkulosefürsorge.	Liegehallen.	Walderholungsstätten.	Waldschulen.	Heilstätten.	Trinkerfürsorge.	Geschlechtskrankenfürsorge.	Kriegsbeschädigten- u. Hinterbliebenenfürsorge.	Wohlfahrts-Gesundheitszentrale.	Epidemieschwester.	Granulosefürsorge.	Gemeindekrankenpflege.
1880	1 (1)															
1885	1 (1)															
1893					1 (1)											
1899	3															
1900	4															
1901					1 (1)	1	1			(1)						
1902	3 (3)				2 (2)											
1903					1											
1904	9 (1)				3 (2)	3	3									
1905	6				3 (2)		1									
1906	15 (2)		2 (2)	1 (1)	10 (2)	1							(2)			
1907	4 (1)				2	1										(1)
1908	9 (1)		1 (1)		10 (2)	2	4						(1)			
1909	20 (2)				17 (4)	3	6						(2)			
1910	18 (4)				14 (5)	3	5			(1)					(1)	
1911	11 (5)				13 (4)	2	3			(1)			(1)			
1912	27 (5)	1 (1)	1		19 (10)	2	2						(3)			
1913	14 (6)		1		16 (7)	2	5						(1)			
1914	37 (5)	1 (1)	1 (1)		13 (7)	2	2					12	(3)	(1)		
1915	24 (7)	2 (2)		1 (1)	6 (4)	1	4	1			1 (1)	39	(3)			
1916	26 (5)	1			7 (8)	1	3				1 (1)	37	(1)			
1917	61 (17)		3 (3)		20 (9)	1	4				1 (1)	23	(8)			
1918	53 (8)	1	1 (1)		13 (4)	2	1				2 (2)	33	(18)			
1919	28 (11)			1 (1)	23 (9)	4	2				7 (7)	27 (1)	(19)			
?	140 (13)	8	13 (8)	1 (1)	59 (15)	14	19	5	2		4 (4)	64 (3)	(13)			
Zeitraum von 39 Jahren	514 (98)	14 (4)	23 (16)	4 (4)	253 (98)	45 (—)	65 (—)	6 (—)	2 (—)	? (3)	16 (16)	235 (4)	? (75)	? (1)	? (1)	? (1)

endgiltig beseitigt worden. Jedenfalls würde eine Zusammenstellung auf Grund der amtlichen Berichte fast lückenlos sein, während bei mir doch einiges fehlt, wie z. B. die Uebersicht über die Leistungen der bereits verstorbenen oder nicht mehr amtierenden Kreisärzte und derjenigen, die sich mir gegenüber in Stillschweigen gehüllt haben. Das Material, das ich erhalten habe, zeigt, daß von 1904 bis 1919 im ganzen 151 von 317 Kreisärzten, d. h. 47,6 %, selbst Säuglingsfürge- oder Mutterberatungsstunden abgehalten haben. Von 1893 bis 1919 berieten 178 Kreisärzte Tuberkulöse in besonderen Fürsorgestunden = 56,1 %. Noch größer ist die Zahl derjenigen Kreisärzte, die sich seit Kriegsbeginn bis 1919 um die Beratung der Kriegsbeschädigten bemüht haben. Sie beträgt 200 von 317 = 63,1 %. Aber sie haben sich nicht nur bemüht, praktisch in den vorhandenen Fürsorgeorganisationen mitzuarbeiten, soweit sie nicht überhaupt übergangen oder gar, wie es in dieser und jener Großstadt den Eindruck macht, davon abgedrängt wurden, sondern eine ganze Reihe von Fürsorgeeinrichtungen ist überhaupt erst auf ihren betriebsamen Eifer, auf ihr wiederholtes Drängen hin, ja sogar durch sie selbst geschaffen worden. Sie sind dankbar dafür, daß sie auch immer wieder und wieder trotz der Abneigung mancher Kreise Menschen fanden, die mit ihnen an einem Strange zogen und ihnen in ihren Bestrebungen, der Volksgesundheit zu nützen, behilflich waren. Die Antworten, die ich erhielt, erwähnen da in erster Linie die Landräte, Bürgermeister, vaterländischen Frauenvereine, Spezialisten der Aerzteschaft und auch sonst öfter Aerzte. Auf Grund meiner Umfrage sind vorstehend die in den Kreisarztbezirken vorhandenen Fürsorgeeinrichtungen mit Angabe des Gründungsjahres zusammengestellt und gleichzeitig in Klammern die Zahlen der von den Kreisärzten geschaffenen oder auf ihre Anregung und ihr Drängen entstandenen Fürsorgeorganisationen beigefügt.

An den aus der Tabelle ersichtlichen Einrichtungen, die ihre Entstehung und Organisation hauptsächlich den Kreisärzten verdanken, sind die folgenden Personen und Körperschaften teils leitend, teils ausübend beteiligt:

Landräte	in	61	Kreisen
Bürgermeister oder höhere städt. Verwaltungsbeamte .	„	9	„
Gemeindevorsteher .	„	4	„
Kreisausschüsse . .	„	13	„
Vaterländ. Frauenvereine	„	37	„
Ortsausschüsse f. Wohlfahrtspflege oder Kreisvereinen f. Volksgesundheitspflege oder Wohlfahrtsvereine u. ähnl. .	„	7	„
Frauenhilfe	„	2	„
Evgl. Frauenbund . .	in	1	Kreisen
Gewerkschaft . . .	„	1	„
Kriegsbeschädigten- u. Hinterbliebenenbund	„	2	„
Fabriken	„	2	„
Landesversicherungs-Anstalt	„	1	„
Pastoren, Lehrer, Privatpersonen . . .	„	5	„
Kreisärzte	„	281 (79,9 %)	„
Kreiskommunalärzte .	„	6	„
Stadtärzte	„	8	„
Aerzte	„	85	„
Zahnärzte	„	4	„

Fürsorgerinnen (bezw. Fürsorgeschwestern)	in 116 Kreisen		Hebammen	in 30	Kreisen
Gemeindeschwestern .	„ 16	„	Desinfektor	„ 1	„
FreiwilligeHelferinnen	„ 9	„	Provinzial-Hebammen-Lehranstalt . . .	„ 1	„
Landpflegerin . . .	„ 1	„	Krankenanstalt . .	„ 1	„

Den beiden Uebersichten erläuternde Worte hinzuzufügen, erübrigt sich. Vielleicht bedarf es aber des Hinweises, daß die Kreisärzte verstanden haben, die weitesten und verschiedenartigsten Bevölkerungs- und Berufsgruppen für die sozialhygienische Arbeit zu interessieren, und daß nicht, wie man vielfach in der Presse lesen kann, die Kreisärzte erst für diese Arbeit von anderen mit vielen Mühen gewonnen werden mußten. Auch auf dem I. Deutschen Gesundheitsfürsorgetag konnte man aus dem im übrigen glänzenden Vortrage des Herrn Prof. Grotjahn heraushören, daß wir Kreisärzte in erster Linie Seuchenbekämpfung übten und nur so nebenbei uns mit der sozialen Fürsorge und der Gesundheitspflege befaßten. Aus den Antworten, deren Ergebnis ich in diesem Aufsatze zusammengestellt habe, geht einwandfrei hervor, daß sich für uns seit einer Reihe von Jahren soziale Fürsorge und Gesundheitspflege zu einer unserer Hauptarbeiten entwickelt hat. Wir müssen daher auch mit Entschiedenheit verlangen, daß dies nicht in der Oeffentlichkeit entstellt wird und die Ausnahmen, die es, wie ich schon einmal anerkannt habe, gibt, auch als Ausnahmen erwähnt und behandelt werden. Daß es solche Ausnahmen gibt, daran tragen wir Kreisärzte die geringste Schuld. Sie finden ihre Ursache in dem Mangel einer einheitlichen Regelung der Gesundheitspflege im Reiche. Unsere Vereinigung hat lange genug nach einer solchen Regelung gerufen. Bisher vergeblich! Es fehlt eben in den gesetzgebenden Körperschaften an der genügend großen Anzahl wirklicher Sachverständiger, bezw. werden Sachverständige nicht genügend ausgewählt und hinzugezogen. Daß in der Vereinigung der Medizinalbeamten gerade für die Sozialhygiene aber Sachverständige zu finden sind, das geht aus den eingeklammerten Zahlen der Tabelle unzweideutig hervor.

In diesen in Klammern gesetzten Zahlen ist jede Fürsorgeeinrichtung für den einzelnen Kreis nur einmal aufgeführt, d. h. z. B., wenn für einen Kreis 3 Tuberkuloseberatungsstellen angegeben sind, daß dann diese 3 Stellen nur als 1 vermerkt worden sind. Als Gründungsjahr ist jedesmal das Jahr der ersten Einrichtung mehrerer gleichartiger Organisationen genommen.

Diese Tabelle würde nun für den Zweck dieser Arbeit, für den Nachweis des aktiven Interesses der Kreisärzte an den Einrichtungen zur Hebung der Wohlfahrts- und Gesundheitspflege nichts bedeuten, wenn nicht auch Angaben über die Art ihrer Beteiligung an diesen Einrichtungen gemacht werden könnten. Nach dem Ergebnis meiner Umfrage sind nämlich die Kreisärzte beteiligt bei:

	Aktiv	Aufsicht	Gelegentliche Beratung	Leitung als Vertrauensarzt	nicht beteiligt	Summe der Einrichtungen
Säuglingspflege	154	25	40	31	21	271
Milchküchen	12	28	20	11	8	79
Krippen	15	45	38	16	18	132
Kleinkinderfürsorge	2	0	7	2	1	12
Tuberkulosenfürsorge	158	19	30	28	14	249
Liegehallen	3	15	10	5	5	38
Walderholungsstätten	4	24	15	5	7	55
Waldschulen	1	1	0	3	1	6
Heilstätten	0	0	0	1	1	2
Kriegsbeschädigtenfürsorge	146	2	38	19	29	234
Schulärztlicher Tätigkeit	10	2	1	1	1	15
Summe der einzelnen Beteiligungsarten der Kreisärzte	505 = 46,2 %	161 = 14,7 %	199 = 18,4 %	122 = 11,2 %	106 = 9,7 %	1093

Vergleicht man zunächst die Summe der einzelnen Einrichtungen mit der Zusammenstellung am Ende der ersten Tabelle, so sieht man, daß diese Zahlen sich bis auf unbedeutende Differenzen decken. Daß sie nicht genau übereinstimmen, liegt daran, daß in den Antworten hier und da, wie das immer bei solchen Umfragen zu sein pflegt, einzelnes nicht angegeben ist. Eins ist aber sicher aus den Differenzen zu erkennen, nämlich, daß weniger Tätigkeit angegeben ist, als den tatsächlichen Verhältnissen entspricht.

Während wir aus den Klammerzahlen der Tabelle gesehen haben, eine wie große Zahl von Kreisärzten sich energisch für die Einrichtung von Fürsorgestellen mit allen Kräften eingesetzt hat, erkennen wir jetzt, daß beinahe die Hälfte der Kreisärzte, in deren Kreisen Fürsorgeeinrichtungen bestehen, aktiv an der Fürsorge beteiligt ist, in geringerer Zahl eine Aufsichts-, beratende oder leitende Tätigkeit ausübt und nur ein ganz geringer Prozentsatz — 9,7 % — von ihnen keinen Anteil daran nimmt. Eine ganze Reihe von Fürsorgeeinrichtungen, über die mir gleichfalls zum Teil zahlenmäßige, zum Teil allgemeine Angaben gemacht worden sind, habe ich nicht tabellarisch zusammengestellt. Aus diesen Angaben sei noch erwähnt, daß von 25 Fürsorgestellen für Geschlechtskranke 17 von Kreisärzten geleitet werden, daß die Trinkerfürsorge, Fürsorge für Geisteskranke, kriminelle Jugendliche, schwach begabte schulentlassene Jugendliche, uneheliche Säuglinge, Arbeitslose, kinderreiche Familien, daß die Berufsvormundschaft und noch eine Reihe anderer sozialhygienischer Einrichtungen zum Teil von Kreisärzten eingerichtet worden sind und geleitet werden. Wenn man auf der einen Seite immer diese Klagen über die Interessenlosigkeit oder das geringe Interesse der

Kreisärzte an der Sozialhygiene hört und liest und nun sich das Material, das mir zugesandt ist, durchsieht, dann möchte man beinahe sagen: „Man merkt die Absicht!“ Man muß aber auch gleichzeitig seiner Verwunderung darüber Ausdruck geben, daß von berufener Seite bisher noch kein gründlicher Versuch zur Beseitigung der unberechtigten Vorwürfe gegen uns unternommen worden ist. Ich gehe noch weiter und behaupte, daß der schleppende Gang, den die Entwicklung der Sozialhygiene in der Praxis zum Teil geht, seine letzte Ursache darin findet, daß man an die leitende Stelle von Wohlfahrts- und Gesundheitsämtern z. Teil Herren oder Damen gesetzt hat, die nicht die Kenntnisse haben, über die der Kreisarzt infolge seiner Ausbildung und seiner Tätigkeit verfügt und die durch keine der modernen Schnellbildungsanstalten erworben werden können. Ein Beispiel, das hierher gehört, ist die Krüppelfürsorge, die in manchen Bezirken infolge ihrer bürokratischen und unsachgemäßen Handhabung buchstäblich verkrüppelt. Wenn wir Kreisärzte uns dieser so dringend notwendigen Fürsorge nicht auf das wärmste annehmen werden, dann, fürchte ich, wird sie auf elenden Stelzbeinen einherlaufen. Ich kenne Fälle, in denen ein Bezirk über geschulte und erfahrene Orthopäden verfügt, aber die ärztliche Leitung der Fürsorgestelle in andere Hände gibt. Erst der Kreisarzt muß auf die Unzweckmäßigkeit der Handhabung hinweisen. Ich kenne Stellen, an denen die Stadt sich den Chirurgen, dessen Interessengebiet naturgemäß die Chirurgie ist, zum Stadtarzt nimmt. Ich kenne aber auch Städte, die mit dem Kreisarzt, den sie sich zum Kommunalarzt erwählt haben, sehr zufrieden sind. Es gibt sogar sehr große Städte, von denen dies gesagt werden kann. Nicht in allen Großstädten hält man es für zweckmäßig, den Kreisarzt von jeder sozialhygienischen Tätigkeit abzudrängen — lediglich weil er nicht kommunalisiert ist. Mir würde es im Gegenteil, nicht unzweckmäßig erscheinen, wenn man die Kommunalärzte, die über die erforderliche Ausbildung verfügen, verstaatlichte und endlich einmal die gesamte Fürsorge einheitlich gesetzlich regelte. Dazu wäre aber vor allen Dingen eine anständige Besoldung der beamteten Aerzte erforderlich und endlich die Gestellung eines Büros. Es ist bewundernswert, daß trotz aller Unbill der Verhältnisse die Kreisärzte auf dem Gebiete der Sozialhygiene das, was die vorstehende Arbeit dargetan hat, geleistet haben. Angriffe gegen sie in ihrer Gesamtheit erscheinen hiernach völlig unbegründet und müssen auf das entschiedenste zurückgewiesen werden. Ich bin der Ansicht, daß der nächste deutsche Gesundheitsfürsorgetag auch uns Gerechtigkeit wird widerfahren lassen.

Aus Versammlungen und Vereinen.

Bericht über die fünfte Hauptversammlung des Thüringischen Medizinal-Beamten-Vereins am 26. Juni 1921 in Erfurt.

Anwesend waren 21 Vereinsmitglieder, als Gäste die Herren Geh. Med.-Rat Dr. Wodtke-Jena, Reichskommissar für Typhusbekämpfung in Mitteldeutschland, Vorsitzender des Deutschen und Preuß. Med.-Beamten-Vereins, Reg.- und Med.-Rat Dr. Clauß-Erfurt und Privatdozent Dr. Wagner-Jena.

I. Bericht des Vorsitzenden über die Tätigkeit des Vorstandes seit der letzten Versammlung im Oktober 1920 und sonstige Mitteilungen. Der Vorsitzende Dr Neuhaus-Gera-Reuß eröffnete 2½ Uhr die Sitzung und begrüßte die als Gäste erschienenen Herren. Zunächst berichtete er über Vereinsangelegenheiten. Der Verein zählt z. Zt. 56 Mitglieder, ihm gehören alle Thüringer Amtsärzte mit Ausnahme von 6 an. Sodann gab er eingehende Mitteilungen über die verschiedenen seitens des Vorstandes an Regierung und Landtag gerichteten Eingaben und über das Ergebnis der am 15. Mai d. J. dem Vorstand seitens des Herrn Wirtschaftsministers Frölich bewilligten Besprechung und über die auf Wunsch des Ministers übersandte Zusammenstellung der Wünsche der Thüringer Medizinalbeamten.

II. Rechnungsablegung und Festsetzung des Jahresbeitrages für 1922. Der Kassenführer Dr. Osswald-Sondershausen erstattete den Kassenbericht über das Jahr 1920. Nach Prüfung der Rechnung durch die Herren Kollegen Beyer und Franke wurde ihm Entlastung erteilt. Der Jahresbeitrag für 1922 wurde auf 15 Mark festgesetzt. Zeit und Ort der nächsten Versammlung soll der Vorstand bestimmen.

III. Herr Privatdozent Dr. Wagner-Jena hielt seinen Vortrag über **planmäßige Typhusbekämpfung.** Die hochinteressanten und lehrreichen Ausführungen fanden allseitigen Beifall und werden auch die Kollegen, die der verschärften Typhusbekämpfung zweifelnd gegenüberstanden, dafür gewonnen haben. An der auf den Vortrag folgenden Aussprache, bei der auch Herr Geheimrat Dr. Wodtke von seinen reichen Erfahrungen über Typhusimpfungen berichtete, beteiligten sich fast alle Anwesenden.

IV. Aussprache über Erfahrungen und Wünsche betr. die amtliche Tätigkeit der Medizinalbeamten. Es wurde über Beschaffung der neuen Dienststempel, über Bezirksarztverhältnisse, die spätere Stellung der Kreisassistenzärzte und Gefängnisärzte, über Tagegelderfragen und über die Höhe der Gebühren für amtsärztliche Zeugnisse gesprochen. Die von der Versammlung gutgeheißenen Sätze für diese Zeugnisse sind den Vereinsmitgliedern zugesandt worden.

Zum Schluß wurden noch verschiedene Bezahlungskuriosa mitgeteilt.

Schluß der Versammlung: 6 Uhr nachmittags.

Dr. Osswald, Schriftführer.

Kleinere Mitteilungen u. Referate aus Zeitschriften.

Soziale Hygiene.

Die gegenwärtigen Möglichkeiten besserer Volksernährung. Von Dr. F. Schweriner-Berlin. Zeitschrift für soziale Hygiene, Fürsorge- und Krankenhauswesen; 1920, Heft 6.

Es muß immer wieder betont werden, daß die Ernährungsnot nur eine der vielen Schädlichkeiten gewesen ist, die im Kriege auf die Volksgesundheit eingewirkt haben. Man wird Anhaltspunkte dafür zu gewinnen suchen, wie im Rahmen des augenblicklich möglichen eine ausreichende Versorgung mit hochwertigen Nahrungsmitteln am zweckmäßigsten angestrebt werden kann. Die frühere Unmöglichkeit, die Rationen mit hochwertigen Nahrungsmitteln zu ergänzen, hat sich jetzt einigermaßen ausgeglichen. An animalischen Eiweißen stehen uns heute als Fleischersatz Seefische und Käse in genügender Menge

zur Verfügung. Es ist gerade wichtig, auf den Magerkäse hinzuweisen, der ein preiswerter und vollwertiger Fleischersatz ist. Als Träger von Kohlehydratkalorien sind jetzt im Gegensatz zur Kriegszeit Reis und Hülsenfrüchte in genügender Menge vorhanden. Gerade die letzteren eignen sich ganz besonders für die Ernährung muskelkräftiger, körperlich arbeitender Menschen, sofern sie nur richtig zubereitet sind. Gerade bei der Zubereitung der Hülsenfrüchte werden wertvolle Nährstoffe vergeudet und es wäre an der Zeit, hierüber im allgemeinen durch Wort und Schrift belehrend zu wirken. Die Fettversorgung ist eine sehr viel bessere geworden. Wenn nur durch eine rücksichtslose Nahrungsmittelaufsicht verhindert würde, daß minderwertiges Rohmaterial verwendet wird, könnte die Bevölkerung vor schlechten Fabrikaten geschützt werden. — Mit Hilfe einer Reihe hochwertiger Nahrungsmittel müßte es gelingen, den allgemeinen Ernährungszustand auf ein besseres Niveau zu bringen und so das fehlende Fleisch und die äußerst knappe Butter zu ersetzen. Mit Recht hebt Verfasser die Notwendigkeit hervor, da weite Kreise den veränderten Verhältnissen ganz hilflos gegenüberstehen, daß eine weitgehende Aufklärungsarbeit auf diesem Gebiet geleistet werden müsse. Da dabei auch die Geschmacksfrage mitspricht, muß die Bevölkerung nicht nur über den wahren Wert, sondern auch über die Zubereitung der einzelnen Nahrungsmittel unterrichtet werden. An einzelnen Beispielen wird dies trefflich illustriert. Die Aufklärungsarbeit hat sich auf alle Kreise der Bevölkerung zu erstrecken, damit man sich im allgemeinen damit vertraut macht, wie überaus teure Nahrungsmittel sehr wohl durch billigere und auch jetzt schon leicht zu beschaffende ersetzt werden können. Dr. Israel-Breslau.

Besprechungen.

Prof. Dr. J. Wilhelmi: Die Bekämpfung der gesundheitlichen und wirtschaftlichen Schädlinge. Denkschrift zur Ausgestaltung der Schädlingsbekämpfung in Deutschland. Veröffentlichungen aus dem Gebiet der Medizinalverwaltung; 12. Bd., 2. Heft. Verlagsbuchhandlung Rich. Schoetz, Berlin 1921. Preis broschiert 4 Mark.

Der Verfasser bespricht die Aufgaben der Schädlingsbekämpfung in volksgesundheitlicher und wirtschaftlicher Beziehung und fordert eine behördliche Regelung der Schädlingsbekämpfung, die in Deutschland noch in den Kinderschuhen steckt. So wurde die Stelle eines Reichskommissars für Schädlingsbekämpfung, dessen Zuständigkeit allerdings nur die Bekämpfung der Pflanzenschädlinge umfaßte, wieder aufgehoben.

Den Amtsarzt interessieren die Ausführungen über die medizinische Zoologie. Verfasser weist darauf hin, daß an den beiden großen Reichsinstituten, die für diese Aufgaben in erster Linie in Betracht kommen (die Biologische Reichsanstalt für Land- und Forstwirtschaft und das Reichsgesundheitsamt) die Organisation der Schädlingsbekämpfung unzulänglich ist. Das Reichsgesundheitsamt besitzt keine Abteilung für medizinische Zoologie, geschweige denn eine solche für Schädlingsbekämpfung.

Das in München im Jahre 1919 von K. Escherich ins Leben gerufene Forschungsinstitut für angewandte Zoologie hat der medizinischen Entomologie durch Anstellung eines Mediziners (Eckstein), der sich mit der Biologie der Stechmücken beschäftigt, eine Forschungsstätte gewährt.

Das Hamburger Institut für Tropenhygiene leistet sich — ziemlich als einziges medizinisches Institut in Deutschland — einen Fachentomologen.

Wilhelmi fordert zum mindesten, daß im Reichsgesundheitsamt neben dem Laboratorium für Protozoënkunde ein solches für Parasitologie (der Metazoen) geschaffen werde und daß beide Laboratorien zu einer der bakteriologischen Abteilung gleichberechtigten „Abteilung für medizinische Zoologie“ vereinigt würden. Karl Frickhinger-München.

Tagesnachrichten.

Die durch **Zwangspensionierung in Ruhestand versetzten Medizinalbeamten** werden auf das in der Beilage zur heutigen Nummer, S. 73, abgedruckte Urteil des Landgerichts I (30. Z.-Sen.) in Berlin vom 18. Juni d. J. aufmerksam gemacht mit dem Bemerken, daß sie nunmehr sämtlich, soweit es nicht schon geschehen ist, gegen die Verfügung, durch die ihnen ihre Zwangspensionierung mitgeteilt ist, Beschwerde beim zuständigen Minister durch die Hand des Regierungspräsidenten einlegen und die weitere Fortzahlung des vollen Gehaltes über den 31. März d. J. hinaus bis zu ihrer tatsächlichen Dienstunfähigkeit fordern müssen. Gegen einen ablehnenden Bescheid ist dann sofort die Klage bei dem für den Kläger zuständigen Landgericht gegen den Fiskus zu erheben und mit Rücksicht auf die Kosten zunächst nur der für einen Monat oder Vierteljahr sich ergebende Unterschied zwischen Ruhegehalt und bisherigem Diensteinkommen einzuklagen.

Auf die an den Preußischen Minister für Volkswohlfahrt gerichtete Eingabe des Vorstandes des **Preußischen Medizinalbeamtenvereins** vom 13. Juni d. J., betreffend **Mitwirkung der Medizinalbeamten bei Ausführung des Jugendwohlfahrtsgesetzes**, hat der Herr Minister unter dem 14. Juli d. J. folgenden Bescheid erteilt: „Die Frage der Abgrenzung der Aufgaben der Gesundheits- und Jugendämter beschäftigt zurzeit den 29. Ausschuß des Reichstags. Die Mitwirkung der staatlichen oder kommunalen Medizinalbeamten im Jugendamt wird im preußischen Ausführungsgesetz besonders geregelt und hierbei in Aussicht genommen werden, daß ihnen nicht nur beratende, sondern auch mitentscheidende Stimme verliehen wird."

Aus dem Bayerischen Landtage. Nach mancherlei bitteren Enttäuschungen ist es nun auch den **bayerischen Amtsärzten** gelungen, Vorrückungsstellen zu bekommen. In der von der Staatsregierung dem Landtag vorgelegten Besoldungsordnung waren nur Vorrückungsstellen nach Gehaltsgruppe XI für die Hausärzte bei den großen Strafanstalten vorgesehen. Die in Gehaltsgruppe X eingereihten Bezirksärzte, wie auch die in Gruppe XI befindlichen Landgerichtsärzte waren leer ausgegangen. In der ersten Lesung der Regierungsvorlage im Besoldungsordnungsausschuß des Landtages am 21. 6. 21 glückte es nun, einen Antrag der Abgeordneten Dr. v. Knilling und Graf Pestalozza auf Schaffung von Vorrückungsposten nach Gruppe XII für die Landgerichtsärzte durchzubringen. Für die Bezirksärzte war trotz warmer Befürwortung von seiten des Abg. Dr. v. Knilling und des Vertreters des Staatsministeriums des Innern wiederum nichts zu erreichen. Die Vorstandschaft des Medizinalbeamtenvereins richtete daraufhin in letzter Stunde nochmals eine Eingabe an den Landtag und erbat in persönlichen Verhandlungen mit führenden Abgeordneten deren Unterstützung. Dies Vorgehen hatte den Erfolg, daß in der zweiten Lesung im Besoldungsordnungsausschuß am 2. Juli wenigstens ein Teil der Wünsche der Bezirksärzte in Erfüllung ging. Es wurde dem Antrage v. Knilling zugestimmt, in den Bezirken, in denen dem Bezirksarzt infolge des Umfangs seiner Amtsgeschäfte die Ausübung einer nennenswerten Privatpraxis unmöglich und zugleich der Gebührenanfall verhältnismäßig unbedeutend ist, die Bezirksarztstellen der Gruppe X in solche der Gruppe XI im Rahmen des dringlichen Bedürfnisses umzuwandeln. Der Landtag ist dem Beschlusse des Ausschusses beigetreten. Der Beschluß ist wohl stark verklausuliert, mehr war aber zurzeit bei der ablehnenden Stellungnahme des Finanzministeriums nicht zu erreichen. Es kommt nunmehr alles darauf an, wie der Beschluß ausgelegt wird. Die Bezirksarztstellen, bei denen eine nennenswerte Privatpraxis ausgeschlossen und der Gebührenanfall verhältnismäßig unbedeutend ist, sind in Bayern zahlreich; ihre Ueberführung in die Gehaltsgruppe XI liegt unbedingt im Rahmen des dringlichen Bedürfnisses. Bei der Würdigung der Höhe des Gebührenanfalls sollte der Umfang und der Grad der Verantwortung der Dienstesstelle in Berücksichtigung gezogen werden. Unter allen Umständen sind bei den vollbeschäftigten Bezirks-

ärzten die Auslagen für die Diensträume (Miete, Beheizung, Beleuchtung, Reinigung) von dem Gebührenanfall in Abzug zu bringen. Bei den jetzigen Preisen werden diese Unkosten den Gebührenanfall häufig verschlingen, in vielen Fällen übersteigen.

Die Staatsregierung hat in dem „Stellennachweis“, der vor wenigen Tagen dem Landtag zugegangen ist, für die Landgerichtsärzte 5 Vorrückungsstellen nach Gruppe XII und für die Bezirksärzte 12 Vorrückungsstellen nach Gruppe XI vorgesehen. Von 31 Landgerichtsärzten würden demnach etwa $^1/_6$ für Vorrückungsstellen in Betracht kommen. Das entspricht dem Verhältnis, wie es das Sperrgesetz vorsieht. Dagegen wurden von 170 Bezirksärzten bei 12 Vorrückungsstellen nicht einmal $^1/_{14}$ nach Gruppe XI übergeführt werden können. Es wäre dies durchaus unbefriedigend; es darf deshalb die Hoffnung ausgesprochen werden, daß vom Landtag eine erheblich größere Zahl von Bezirksarztstellen in die XI. Gehaltsgruppe eingereiht wird. K. Fr.

Der vom 25.—30. Juli d. J. abgehaltenen diesjährigen **Prüfung für den ärztlichen Staatsdienst in Bayern** haben sich 21 Aerzte und zum ersten Male eine Aerztin unterzogen und sämtlich die Prüfung bestanden, davon 12 mit der Note 1, 8 mit Note II und 2 mit Note III. Die nächste Prüfung findet Ende Oktober d. J. statt.

Auf der am 18. Juni d. J. abgehaltenen **Sitzung des Württembergischen ärztlichen Landesausschusses** kam als einziger Gegenstand die **Neuordnung des Gesundheitswesens** zur Verhandlung, die zu einer einstimmigen Verurteilung des gegenwärtigen Zustandes führte. Es wurde vor allem größte Selbständigkeit der Medizinalreferenten im Ministerium mit unmittelbarem Vortrag beim Minister sowie ärztliche Leitung des Landesgesundheitsrates verlangt und schließlich eine Kommission mit Ausarbeitung einer kurzen Denkschrift beauftragt, die sie dem Minister persönlich überreichen und dabei die Wünsche des Landesausschusses und des Medizinalbeamtenvereins vortragen soll. Gleichzeitig werde gegen die beabsichtigte **Verlegung der Medizinalabteilung** aus dem bisherigen Gebäude des früheren Medizinalkollegiums an der Axenbergerstraße allseitig entschieden Einspruch erhoben und beschlossen, umgehend an das Landespräsidium und an sämtliche Parteien ein Schreiben mit der Bitte um Verhinderung dieser Verlegung zu richten. Außerdem solle diese Bitte einzelnen befreundeten Landtagsabgeordneten persönlich vorgetragen werden.

Für die vom 11. bis 15. September in Nürnberg stattfindende **Hauptversammlung des Deutschen Vereins für öffentliche Gesundheitspflege** ist folgende Tagesordnung vorgesehen:

Sonntag, den 11. Sept., 8½ Uhr: Begrüßungsabend im Künstlerhause. Vortrag über Alt-Nürnberg.

Montag, den 12. Sept., 9 Uhr vormittags: Verhandlungen. Einziger Gegenstand: „Deutsche Jugendnot.“ a) Die körperliche Schäden und ihre Heilung. Stadtarzt Prof. v. Drigalski in Halle a. S. — b) Die seelischen Schäden und ihre Heilung. Dr. Polligkeit in Frankfurt a. M. — c) Die Zukunft unserer Rasse. Prof. Dr. Kuhn in Dresden.

Dienstag, den 13. Sept., 9 Uhr vormittags: Fortsetzung der Verhandlungen.

An beiden Tagen finden von 4 Uhr nachmittags an Besichtigungen statt. Für Mittwoch, den 14. Sept. ist ein Ausflug nach Rothenburg o. T. in Aussicht genommen.

Gelegentlich der Tagung des Deutschen Vereins für öffentliche Gesundheitspflege am 12. und 13. September d. J. in Nürnberg, wird auch eine **Versammlung der Vereinigung der an leitender Stelle tätigen, besoldeten Kommunalärzte** stattfinden. Das Nähere wird bei der Tagung selbst bekanntgegeben werden.

Die **Ostdeutsche Sozial-Hygienische Akademie in Breslau** veranstaltet im kommenden Winterhalbjahr einen Kurs zur Ausbildung von Kreisärzten, Kommunal-, Schul- und Fürsorgeärzten. Der Kurs dauert 4 Monate und umfaßt die grundlegenden Gebiete der Sozialen Hygiene, Sozialen Pathologie, Gesundheits- und Krankenfürsorge, Medizinalgesetzgebung, Versicherungsmedizin und Aerztlichen Standesorganisation. Die Teilnahme am Kurs wird durch die neue Prüfungsordnung für Kreisärzte vorgeschrieben und für Kommunalärzte durch das Ministerium für Volkswohlfahrt angestrebt. Der Kurs zerfällt in zwei Hälften, die auch unabhängig voneinander gehört werden können. Die für Kreisärzte außerdem notwendigen Sonderkurse in Gerichtlicher Medizin, Phatologischer Anatomie und Bakteriologie und Hygiene können im Rahmen des Kurses gehört werden. Nähere Auskunft und Programme durch das Sekretariat der Ostdeutschen Sozial-Hygienischen Akademie, Hygienisches Institut der Universität, Breslau XVI, Maxstr. 4.

An der **Westdeutschen Sozialhygienischen Akademie in Düsseldorf** beginnt am 19. September ein zweiwöchiger Kurs für Tuberkulosefürsorge, am 26. September ein dreiwöchiger Kursus für Säuglings- und Kleinkinderfürsorge, am 17. Oktober 1921 ein viermonatiger Kurs über das Gesamtgebiet der sozialen Hygiene und sozialen Fürsorge für Kreisarztanwärter, Kreiskommunalärzte und Stadtfürsorgeärzte. Durch Besuch dieses viermonatigen Kurses wird den Vorschriften der Prüfungsordnung für Kreisärzte vom 8. Februar 1921 entsprochen. Im Erlaß des Ministeriums für Volkswohlfahrt vom 31. März 1921 wird den Gemeinden und Kreisen empfohlen, bei Anstellung ihrer Kreis-, Kommunal- und Fürsorgeärzte diejenigen, die diesen viermonatigen Kurs besucht haben, in erster Linie zu berücksichtigen. Die Teilnehmerzahl in allen diesen Kursen ist beschränkt. Frühzeitige Anmeldung deshalb notwendig. Das Sekretariat der Akademie sorgt für billige Verpflegung und bemüht sich mit dem städtischen Wohnungsnachweis um Beschaffung billiger Wohnungen. Anmeldungen und Anfragen an das Sekretariat der Akademie, Düsseldorf, Suronstraße.

Bei Gelegenheit der im Mai d. J. stattgefundenen ärztlichen **Studienreise nach den Kur- und Badeorten des besetzten Rheinlandes** haben sich sämtliche Teilnehmer von der durch den mangelhaften Besuch hervorgerufenen wirtschaftlichen Not in diesen Bädern, namentlich auch von der Notlage der dortigen Aerzte überzeugt. Anderseits haben die Reiseteilnehmer den Eindruck gewonnen, daß irgendwelche Schwierigkeiten oder Hindernisse für die Einreise oder für den Aufenthalt der Badegäste in den Kur- und Badeorten des besetzten Gebiets nicht obwalten. Im Auftrage der Zentralstelle für Balneologie bittet deshalb der Vorsitzenden, Wirkl. Geh. Ober-Med.-Rat Prof. Dr. Dietrich, alle Aerzte, sowohl im Interesse der Heilbedürftigen, als auch im Interesse der Badeorte und der dort praktizierenden Kollegen, in geeigneten Fällen die Kurbedürftigen auf die bewährten Heilfaktoren dieser Bäder und Kurorte hinzuweisen, und auf diese Weise dazu beizutragen, daß die vielfach verbreiteten unrichtigen Anschauungen über das besetzte Gebiet richtig gestellt werden und die schwer betroffene Bevölkerung des besetzten Rheinlandes wirtschaftlich und seelisch unterstützt wird.

Berichtigung.

In dem in meinem Aufsatze „Selbstschutz der Medizinalbeamten" (Nr. 15, S. 305) angeführten Verse von Juvenal ist durch irgendein Versehen ein wichtiges Wort ausgelassen. Der richtige Wortlaut ist:

„Orandum est, ut sit mens sana in corpore sano!"

Borntraeger.

Deutscher Medizinalbeamtenverein
XI. Hauptversammlung
Preussischer Medizinalbeamtenverein
XXXII. Hauptversammlung
Bayerischer Medizinalbeamtenverein
XV. Landesversammlung

Gemeinsame Tagung am 10. und 11. September 1921 in Nürnberg

Tagesordnung:

Freitag, den 9. September, 8 Uhr abends: **Begrüßungsabend** mit Damen im Künstlerhause am Bahnhof (Erdgeschoß). Bei schönem Wetter im Garten.

Erster Sitzungstag:

Samstag, den 10. September, 9 Uhr vormittags: Sitzung im Künstlerhause.

1. **Geschäfts- und Kassenbricht.**
2. **Bericht über die Entwürfe zu einem Deutschen Strafgesetzbuche** (Entwurf der Strafrechtskommission 1913 und Entwurf 1919 a) vom Standpunkt des Irrenarztes, b) von dem des Gerichtsarztes. Berichterstatter: a) Geh. Med.-Rat Prof. Dr. Schultze-Göttingen und b) Prof. Dr. Lochte-Göttingen.
   (Nach der Besprechung Frühstückspause.)
3. **Die einheitliche Gestaltung der staatsärztlichen Prüfung im Deutschen Reich.** Berichterstatter: Geh. Ob.-Med.-Rat Prof. Dr. Abel-Jena und Geh. Med.-Rat Prof. Dr. Strassmann-Berlin.
4. **Vorstandswahl und Bericht der Rechnungsprüfer.**

5 Uhr nachmittags: **Sondersitzung des Preußischen und des Bayerischen Medizinalbeamtenvereins im Künstlerhause.**

A) Tagesordnung des Preußischen Medizinalbeamtenvereins:

1. **Geschäfts- und Kassenbericht.** Im Anschluß hieran **freie Aussprache über die amtliche Stellung und wirtschaftliche Lage der preußischen Medizinalbeamten.**
2. **Anträge auf Änderung der Satzungen.**
3. **Vorstandswahl und Bericht der Rechnungsprüfer.**

Im Anschluß an diese Sondersitzung: **Generalversammlung der Jubiläumsstiftung des Vereins.**

1. **Geschäfts- und Kassenbericht.**
2. **Vorstandswahl.**

B) Tagesordnung des Bayerischen Medizinalbeamtenvereins.

1. **Tätigkeitsbericht der Vorstandschaft.**
2. **Rechenschaftsbericht des Kassenwarts.**

3. **Besoldungsordnung und einschlägige Fragen.**
4. **Satzungsänderung.**
5. **Wünsche und Anträge.**

8 Uhr abends: Zwangloses **gemeinschaftliches Essen** mit Damen im Künstlerhause.

Zweiter Sitzungstag:

Sonntag, den 11. September, 10 Uhr vormittags: Sitzung im Künstlerhause.

1. **Die Vereinheitlichung der Seuchenbekämpfung im Deutschen Reiche.** Berichterstatter: Prof. Dr. Rimpau-München.

   (Nach der Besprechung Frühstückspause.)

2. **Die bisherigen Leistungen der öffentlichen Gesundheitspflege und der Medizinalverwaltung in dem Deutschen Reiche und in den Einzelstaaten nach dem Kriege und ihre Aufgaben für die Zukunft.** Berichterstatter: Kreisarzt Med.-Rat Dr. Bundt-Halle a. S.

3 Uhr nachmittags: Zwangloses **gemeinschaftliches Essen** im Künstlerhause.

8 Uhr abends: Teilnahme mit Damen am Begrüßungsabend des Deutschen Vereins für öffentliche Gesundheitspflege, der am 12. und 13. September in Nürnberg tagt. (Vortrag mit Lichtbildern über Alt-Nürnberg; im großen Saal des Künstlerhauses, I. Stock).

Sonderveranstaltungen für Damen.

Samstag, den 10. September: Führung durch Nürnberg; 4½ Uhr nachmittags: Damenkaffeestunde im Tiergarten.

Sonntag, den 11. September: Führung durch das Germanische Museum. (Treffpunkt für die Führungen jeweils 10 Uhr vormittags, Künstlerhaus.)

Verzeichnis der Gasthöfe und Preise:

Hotel	Betten	1bettig	2bettig	Frühstück
Hotel Bamberger Hof,	80 Betten,	v. 25 M. an,	v. 40 M. an,	5.— M. p. Pers.
„ Deutscher Hof,	90 „	„ 28 „ „	„ 45 „ „	8.— „ „ „
„ Deutscher Kaiser,	70 „	„ 23 „ „	„ 40 „ „	4.50 „ „ „
„ Föttinger,	20 „	„ 20 „ „	„ 40 „ „	4.50 „ „ „
„ Königshof,	75 „	„ 28 „ „	„ 50 „ „	8.50 „ „ „
Palast-Hotel Fürstenhof,	300 „	„ 30 „ „	„ 55 „ „	4.50 „ „ „
Hotel Rother Hahn,	110 „	„ 25 „ „	„ 45 „ „	5.— „ „ „
„ Viktoria,	110 „	„ 25 „ „	„ 45 „ „	4.50 „ „ „
„ Weißer Hahn,	60 „	„ 20 „ „	„ 45 „ „	9.— „ „ „
„ Wittelsbach,	150 „	„ 28 „ „	„ 45 „ „	5.— „ „ „
„ Württemberger Hof A.-G.	250 „	„ 30 „ „	„ 55 „ „	5.— „ „ „

Die Zimmerpreise verstehen sich ohne städt. Wohnsteuer, die mit 10% des Zimmerpreises extra berechnet wird und ohne Trinkgeld, dagegen einschl. der 10% Reichswohnsteuer. Wo die Frühstückspreise über 5 Mk. pro Person betragen, ist Weißbrot und Butter einbegriffen.

Der Fremdenverkehrsverein Nürnberg besorgt für die Tagung der Medizinalbeamten sämtliche Zimmerbestellungen (Hotel und Privat). Karten mit bezahlter Rückantwort erbeten. An den Versammlungstagen ist die Geschäftsstelle im Hauptbahnhof Tag und Nacht geöffnet.

Wodtke-Jena **Frickhinger**-München
Sieveking-Hamburg **Bundt**-Halle a. S. **Schuster**-Augsburg

Verantwortlich für die Schriftleitung: Prof. Dr. Rapmund, Geh. Med.-Rat in Lippspringe.
Druck von J. C. C. Bruns, Minden i. W.

34. Jahrg. Nr. 17 | 5. Sept. 1921.

ZEITSCHRIFT FÜR MEDIZINALBEAMTE

Zentralblatt

für das gesamte Gebiet der gerichtlichen Medizin und Psychiatrie, des staatlichen und privaten Versicherungswesens, sowie für das Medizinal- und öffentliche Gesundheitswesen, einschl. der praktischen und sozialen Hygiene.

Herausgegeben von

Prof. Dr. Otto Rapmund
Geh. Med.-Rat in Bad Lippspringe.

Offizielles Organ des Deutschen, Preussischen, Bayerischen, Sächsischen, Württembergischen, Badischen, Hessischen, Mecklenburgischen, Thüringischen und Braunschweigischen Medizinalbeamtenvereins.

Eine Beilage: Rechtsprechung und Medizinalgesetzgebung

Bezugspreis für das Jahr: 30 M. durch die Post bezogen: 32 M.

VERLAG VON FISCHER'S MEDIZ. BUCHHANDLUNG H. KORNFELD,
Berlin W. 62, Keithstraße 5.

INHALT.

Geschäftsstelle und Versand für die Mitglieder des Medizinalbeamtenvereins durch J. C. C. BRUNS, Buchdruckerei, MINDEN i. WESTF.

Alleinige Anzeigen-Annahme und verantwortlich für den Anzeigenteil: HANS PUSCH, BERLIN SW. 48, Wilhelmstraße 28.

Personalien.

Deutsches Reich und Preussen.

Auszeichnungen: Verliehen: Der Schlesische Adlerorden I. Kl.: dem Kreisassistenzarzt Dr. Lustig in Koblenz.

Ernannt: Dr. Glaubitt, Kreisarzt in Gerdauen zum zweiten Reg.- und Med.-Rat in Berlin; Geh. Med.-Rat Prof. Dr. Uhlenhuth zum Honorarprofessor in der medizinischen Fakultät der Universität Greifswald; die Kreisassistenzärzte Dr. Busch aus Saarburg zum Kreisarzt in Torgau, Dr. Gronemann

aus Düsseldorf zum Kreisarzt in Margrabowa (Kreis Oletzno), Dr. Ickert aus Leipzig zum Kreisarzt in Mansfeld, Dr. Schmidt aus Odessa zum Kreisarzt in Angerburg, Dr. Kalle aus Friedland zum Kreisarzt in Heinrichswalde (Kreis Niederung), Dr. Janz aus Graudenz zum Kreisarzt in Goldap.

Gestorben: Med.-Rat Dr. Thienel, Kreisarzt a. D. in Groß-Strehlitz (Oberschlesien).

Andere deutsche Freistaaten.

Ernannt: Stadtassistenzarzt Dr. Schueller in Kiel zum Bezirksarzt in Schleiz.

Erledigte Stellen.

Preussen.

Zu besetzen sofort die nicht vollbesoldete **Kreisarztstelle in Westerburg,** Regierungsbezirk Wiesbaden. Bewerbungen sind bis zum 15. Sept. 1921 an das Ministerium für Volkswohlfahrt in Berlin W 66, Leipziger Straße Nr. 3 durch Vermittelung des für den Wohnort des Bewerbers zuständigen Herrn Regierungspräsidenten (in Berlin des Herrn Polizeipräsidenten) einzureichen.

34. Jahrg. Zeitschrift 1921.

für

MEDIZINALBEAMTE

Zentralblatt
für das gesamte Gebiet der gerichtlichen Medizin und Psychiatrie, des staatlichen u. privaten Versicherungswesens, sowie für das Medizinal- u. öffentliche Gesundheitswesen, einschl. der prakt. u. sozialen Hygiene

Herausgegeben
von
Prof. Dr. Otto Rapmund
Geh. Med.-Rat in Bad Lippspringe.

Offizielles Organ d. Deutschen, Preußischen, Bayerischen, Sächsischen, Württembergischen, Badischen, Hessischen, Mecklenburgischen, Thüringischen u. Braunschweigischen Medizinalbeamtenvereins

Verlag von Fischer's med. Buchhandlung H. Kornfeld
Herzogl. Bayer. Hof- u. K. u. K. Kammer-Buchhändler
Berlin W. 62, Keithstrasse 5

Nr. 17. | Erscheint am 5. und 20. jeden Monats | 5. Sept.

Theorie des Wesens und der Pathogenese des Typhus; daraus sich ergebende Folgerungen für die Bekämpfung und die Therapie.

Nach einem Vortrage, gehalten im Aerzteverein der Kreise Saarlouis und Merzig am 18. Dezember 1920. Von Kreisarzt Dr. Wagner-Saarlouis.

Die im folgenden vorgetragene Auffassung des Typhus ist aus der Praxis der Typhusbekämpfung hervorgegangen.

Bei den Ermittelungen auf Grund von Typhusmeldungen hat man als beamteter Arzt häufig den Eindruck, daß das sanitätspolizeiliche Eingreifen mehr Erfolg haben würde, wenn die Diagnose auf Typhus eher gestellt worden wäre. Hinderlich für dieses frühzeitige Erkennen der Krankheit erwies sich dem Verfasser häufig die Auffassung des betreffenden behandelnden Arztes vom Typhus als einer Darmerkrankung.[1]) Wenn der Typhus in weitergehender Anschauung als allgemeines körperliches Leiden angesehen wird, kann man eher zu seiner Diagnose

[1]) Auch im neuen Hebammenlehrbuch wird der Typhus noch als eine akute fieberhafte Darmkrankheit bezeichnet.

kommen. Einen Hinweis auf diese Auffassung des Typhus gab dem Verfasser eine Bemerkung von Jochmann[2]):

„Die bakteriologische Blutuntersuchung lehrte uns aber auch Fälle kennen, in denen die für den Typhus abdominalis charakteristischen Darmveränderungen vollständig fehlen[3]) und nichts als eine Typhusbakteriaemie zu konstatieren ist.

Solche Fälle von sogenanntem „Typhus sine typho“ sind wiederholt beobachtet worden.“

„Typhus sine thrypho“, d. h. Typhus ohne Darmerkrankung[4]). Man hat hier also die Diagnose „Typhus“ auf anderer Grundlage gestellt!

Der Typhus ist eine Bakteriaemie und demgemäß pathologisch als Sepsis aufzufassen. Der Allgemeininfektion mit Streptokokken, der Streptokokkensepsis (Puerperalinfektion), erliegt für gewöhnlich der Mensch; die Typhusbakteriaemie übersteht er meistens. Die Typhusbazillen sind für den Menschen nicht so virulent wie die Streptokokken. Der Typhus ist wie eine subakute allgemeine Sepsis. Um ihren, bezw. seinen Verlauf zu verstehen, hilft der Vergleich mit einer örtlich begrenzten Sepsis, der Zellengewebsentzündung. Diese führt zur Abscheidung der Krankheitsprodukte in einen Abszeß, ein Hohlgeschwür, das sich in der Richtung des geringsten Widerstandes öffnet — Fistel — oder durch das Messer des Chirurgen geöffnet und zur Ableitung der Krankheitsprodukte drainiert wird.

Der Zellgewebsentzündung entspricht beim Typhus der mit Bazillen überschwemmte Körper, dem Hohlgeschwür das mit Bazillen beladene Hauptabsonderungsorgan des Körpers, die Leber. In ihrem zelligen Aufbau, mit dem Beginn der Gallenkapillaren zwischen den Zellen — auf der anderen Seite der Zellenbalken die Blutkapillaren — stellt die Leber gewissermaßen eine granulierende innere Wunde, ein körperliches Geschwür dar, durch das der Organismus die Krankheitsprodukte — im vorliegenden Falle die Bazillen, die den Körper durch das Blut passiert haben, mit ihren Stoffwechselprodukten — zur Ausscheidung bringt, sich entgiftet! Die von der Natur hierzu präparierte Fistel, das Drain des Chirurgen, ist der Ductus choledochus und in seiner Fortsetzung der Darm. Im Darm finden die Bazillen auf ihrem Wege nach außen günstige Daseinsbedingungen dort, wo die Reaktion des Darminhalts alkalisch ist, d. i. im unteren Teile des Dünndarms, dem Ileum. Der gegebene Nährboden ist hier das lymphadenoide Gewebe der Schleimhaut, die „Tonsilla intestinalis“. Auf ihm siedeln sich die Bazillen — ansteigend von unten nach oben (also zuerst in der untersten Dünndarm-Ileum-Schlinge) — an, verursachen örtliche Entzündung — markige Schwellung — und Nekrose-Geschwürs-

---

[2]) Jochmann: „Ueber Bakteriaemie“. Zeitschrift für ärztliche Fortbildung; Nr. 24, Jahrg. 1905.

[3]) Solche Fälle wurden auch von uns bei Leichenöffnungen wegen Typhusverdacht beobachtet.

[4]) S. Kolle-Hetsch: Experimentelle Bakteriologie.

bildung. — Von den Geschwüren abgestoßen, geraten die Bazillen in den Kot und werden nun endgiltig ausgeschieden.

Hiernach ist der pathologisch-anatomische Befund, den man bisher als charakteristisch für Typhus ansieht — die Darmgeschwüre (ulcera in ileo) — ein sekundärer, klinisch in dem erbsbreiigen Stuhl sich äußernder Krankheitsprozeß; die eigentliche, primäre Krankheit, der Typhus, ist die vorausgegangene spezifische Sepsis, die Bakteriaemie; die lokale Darmerkrankung, der sog. Ileotyphus, ist das zweite Stadium und der anatomische Ausdruck der mit der Bazillenausscheidung ihren Anfang nehmenden Rekonvaleszenz!

Also man stellt heut klinisch die Diagnose auf Typhus erst, wenn der betreffende Kranke sich schon in der Rekonvaleszenz befindet! Mit der Diagnose „Typhus“ so lange zu warten, bis der erbsbreiige Stuhl auftritt oder sonstige Anzeichen für eine Darmerkrankung sprechen, ist nicht angebracht. Für die Zwecke der Typhusbekämpfung kommt man mit der Diagnose „Typhus“ zu dieser Zeit jedenfalls zu spät. Wie man eher zu dieser Diagnose kommen kann, wird sich aus dem Folgenden ergeben:

Die Dauerausscheider (der Bazillen) sind nach dem Gesagten als Rekonvaleszenten, also auch vom pathologischen (klinischen) Standpunkte aus als noch krank anzusehen; lebenslängliche Dauerausscheider sind sonach eigentlich auch das ganze — weitere — Leben lang typhuskrank (Rekonvaleszenten). Eine andere Art der Bazillenträgerschaft ist nosologisch nicht denkbar; alle sog. Bazillenträger sind Dauerausscheider[5]); die vorausgegangene Krankheit kann so leicht gewesen sein, daß sie nicht beachtet und erkannt wurde, sie war aber ein Typhus!

Praktisch können Bazillenträger und Dauerausscheider unterschieden werden. Bazillenträger, das sind Dauerausscheider, deren vorausgegangene Krankheit man nicht kennt, sind krankheitsverdächtig im Sinne des Gesetzes. Dauerausscheider sind krank im Sinne des Gesetzes.

Die Krankheitserscheinungen des ersten Stadiums, der allgemeinen subakuten Sepsis, sind allgemeiner Art, unbestimmt, bei allen Infektionskrankheiten im (sog.) Inkubationsstadium und bei konstitutionellen Krankheiten vorkommend, so daß aus ihnen auf eine vorausgegangene Infektion mit spezifischen Erregern nicht geschlossen werden kann. Da in der ersten Woche auch die Agglutinine für die Serumreaktion fehlen — wie aus der geschilderten Pathogenese verständlich ist —, wird der behandelnde Arzt im Einzelfall zu dieser Zeit zu der Annahme, daß Typhus vorliegt, nur dann kommen können, wenn „epidemiologische Tatsachen“ dafür sprechen. Welcher Art sind nun diese „epidemiologischen Tatsachen“?

Hierzu muß ich weiter ausholen.

---

[5]) Sie scheiden nur nicht beständig Bazillen aus.

Der Typhusbacillus ist nicht ubiquitär, er hält sich nicht in jedem schlechten Brunnen, stinkenden Graben oder Tümpel auf; er ist ein obligater Parasit des Menschen. Seine Wohnung sind die Bazillenträger; der Typhuskranke ist seine Herberge, die mitunter zu seiner Wohnung wird. Die Bazillenträger sind die Ursache der Typhushäuser, sie sind es, die den Typhus bei uns endemisch machen — ein Typhushaus ist die Typhusendemie im Kleinen! — „Mit dem letzten Bazillenträger wird der Typhus vertilgt sein"[6])

Eine Existenzmöglichkeit oder gar Gelegenheit zur Vermehrung in der Außenwelt findet der Typhusbacillus in unseren Breiten und unserem Klima in der warmen Jahreszeit auf den Nahrungsmitteln, Milch oder Wasser.[7]) (Nach dem Ergebnis des Gelsenkirchener Prozesses ist ja auch das Trinkwasser ein Nahrungsmittel!) Deshalb beginnen die eigentlichen Typhusepidemien, verursacht durch infizierte Milch oder Wasser, bei uns fast immer im Spätsommer. So will es ja auch die Bodentheorie Pettenkofers! — Sonst sind es nur (mehrere) Einzelfälle und im Anschluß an sie Kontaktketten durch den menschlichen Verkehr, „gehäuftes Auftreten".

In den Bazillenträgern haben nun auch die sporadischen Typhusfälle ihren Ursprung. Eigentlich müßte man mit Kenntnis der Bazillenträger und an Hand des Verzeichnisses der Typhusfälle für ein Menschenalter auch sämtliche Infektionsmöglichkeiten an einem Ort übersehen können. Typhusfälle unbekannter Herkunft sind veranlaßt durch Kontakt mit als solche nicht erkannten Typhuskranken oder durch unbekannte Bazillenträger. Diese sind entweder zugereiste Dauerausscheider oder solche nach unerkannten Typhuserkrankungen. Letztere sind es, die bei uns die meisten sporadischen Typhusfälle verursachen. Es kommt also — und damit komme ich auf die „epidemiologischen Tatsachen" zurück — bei Typhusfällen mit dunkler Genese darauf an, den noch unbekannten Typhusfall in der Umgebung oder den Bazillenträger, Dauerausscheider, ausfindig zu machen; im letzteren Falle also — wenn nicht ein zugereister Dauerausscheider in Betracht kommt — zunächst, vorausgegangene Erkrankungen in der Umgebung nachträglich als Typhusfälle zu diagnostizieren. Das ist die epidemiologische Diagnose auf Typhus! Diese Diagnose zu stellen ist am besten in der Lage der alteingesessene praktische Arzt, der die Bevölkerung kennt, der da weiß, was jeder einzelne schon für Krankheiten durchgemacht hat.

Mangels solcher Anhaltspunkte hat der behandelnde Arzt die Diagnose auf „Typhusverdacht" zu stellen, und der beamtete Arzt hat dann die Aufgabe, zu ermitteln, ob solche Tatsachen in weiterer, über die örtlichen Verhältnisse hinausreichender Beziehung vorliegen, die den Verdacht auf Typhus „begründet"

---

[6]) S. Wodtke; Zeitschrift für Medizinalbeamte; Jahrg. 1914, Nr. 14.
[7]) Fakultativer Saprophyt!

erscheinen lassen. Demnach muß also der „Typhusverdacht" anzeigepflichtig sein.

Aus der geschilderten Pathogenese erhellt auch, warum beim Typhus die sogen. spezifische Therapie erfolglos ist; sie kommt zu spät, weil die Diagnose hierzu nicht früh genug gestellt werden kann. Die Serum-Therapie müßte spätestens mit der Infektion einsetzen. Hier ist daher Schutzimpfung am Platze, wie sie sich im Kriege bewährt hat.

Es drängt sich nun noch die Frage auf nach dem Ort der Infektion, der Stelle der Einwanderung der Ty-Bazillen in den menschlichen Körper. Hierzu sei folgendes angeführt:

Die Magensäure wirkt antiseptisch; der Magen mit seinem sauren Inhalt ist also ein den Körper gegen Bakterien schützender Torhüter; insbesondere werden die Typhusbazillen bei ihrer Empfindlichkeit gegen Säuren den Magen nicht oder nicht ungeschwächt passieren können; nur wenn sie auf dem Umwege durch die Leber den Magen umgangen haben, sind sie virulent geblieben und verursachen örtlich die Geschwüre im Ileum!

Demnach dürfte die Ansicht nicht zutreffen, daß der Ort des Eintritts für die Typhusbazillen in den Körper der Darm sei, nachdem der Magen passiert ist. In Gemäßheit der oben geschilderten Auffassung von dem ersten Stadium des Typhus darf man vielleicht annehmen, daß die Eintrittspforte für die Typhusbazillen in den Körper — das Blut — die Mandeln an der Schlundenge und die Rachenmandel — das lymphadenoide Gewebe des Rachens! — sind, wie dies für die Diphtheriebazillen, die Scharlacherreger und die Erreger der Genickstarre (Meningokokken) der Fall ist, bei Gelenkrheumatismus von vielen angenommen wird und wahrscheinlich noch für andere Infektionskrankheiten zutreffen mag. Das erste bei Typhus zu beobachtende Symptom ist ja häufig — nach Drigalski in 40% der Fälle — eine Angina!

Kreisarzt und Gewerbehygiene.

Von Kreisarzt Dr. Hallenberger, Höchst a. M.

Durchblättert man die beiden letzten Jahrgänge dieser Zeitschrift, dann wird man feststellen, daß ein unverhältnismäßig großer Raum von Erörterungen über soziale Hygiene und die Stellung des Kreisarztes zu ihr eingenommen ist. Das ist nicht weiter verwunderlich, ist doch seit der ruhmreichen Revolution die soziale Hygiene geradezu ein modernes Schlagwort geworden, wobei ganz vergessen wird, daß die Kreisärzte schon vorher ganz Ersprießliches auf diesem Gebiet geleistet haben und von ihnen noch mehr hätte geleistet werden können, wenn sie frei von Privatpraxis gewesen wären und mehr Befugnisse und Geldmittel zur Verfügung gehabt hätten.

Bei all diesen Erörterungen über die soziale Hygiene ist aber ein Zweig derselben, und zwar ein recht wichtiger, gänzlich in das Hintertreffen geraten, das ist die Gewerbehygiene.

Die Antwort auf die Frage, warum der Gewerbehygiene im allgemeinen von den Kreisärzten ein recht geringes Interesse entgegengebracht wird, gibt ohne weiteres der Abschnitt XXV der Dienstanweisung für die Kreisärzte, aus dem klipp und klar hervorgeht, daß der Kreisarzt gar kein Recht hat, in der Gewerbehygiene selbständig tätig zu sein, sondern daß er, wenn er sich gewerbehygienisch betätigen will, immer der Mitwirkung und des Einverständnisses des zuständigen Gewerbeaufsichtsbeamten bedarf. Damit ist begreiflicherweise von vornherein das Interesse der Kreisärzte an gewerbehygienischer Betätigung auf ein Mindestmaß herabgesetzt; und doch ist eine regere amtsärztliche Beteiligung an der Gewerbeaufsicht gerade in jetziger Zeit, wo es gilt die Arbeitsfähigkeit und Arbeitsfreudigkeit unserer arbeitenden Bevölkerung auf ein Höchstmaß hinaufzusetzen, ein nicht wegzuleugnendes dringendes Bedürfnis.

Ehe diese Beteiligung an der Gewerbeaufsicht erfolgen kann, ist es nötig, die Befugnisse der Kreisärzte auf eine breitere Basis zu stellen, was nur durch eine Aenderung des Abschnitts XXV der Dienstanweisung möglich ist. Zweck dieser Zeilen ist, einen Meinungsaustausch über die Frage der erweiterten amtsärztlichen Beteiligung an der Gewerbeaufsicht zu eröffnen, der mir um so nötiger erscheint, als der Herr Wohlfahrtsminister bei der Beratung der Preußischen Landesversammlung über den Haushalt des Ministeriums für Volkswohlfahrt am 25. und 27. November v. J. auf die beabsichtigte Erweiterung der gewerbeärztlichen Tätigkeit hingewiesen hat, und damit der Preußische Medizinal-Beamtenverein rechtzeitig seine Wünsche vorbringen kann, und wir nicht mit einem fertigen Gesetz, in dem unsere Wünsche nicht genügend berücksichtigt sind, überrascht werden.

Das einzige Land im Reiche, das bis jetzt einen Landesgewerbearzt hat, ist, soviel ich weiß, Bayern.[1]) Nun ist in Nr. 5 des Zentralblattes für Gewerbehygiene 1919 (ref. in dieser Zeitschrift 1920, S. 121) eine Denkschrift über die erweiterte Mitwirkung von Aerzten bei der Gewerbeaufsicht erschienen, in der es u. a. heißt:

„Die Notwendigkeit der ärztlichen Mitarbeit auf dem Gebiete der Gewerbehygiene ist eigentlich nie ernstlich bestritten und auch von den Gewerbeaufsichtsbeamten durchweg anerkannt und gewürdigt worden. Diese sind, da sie keine Mediziner sind, vor allem nicht in der Lage, die gewerbliche Erkrankung des Arbeiters im Einzelfalle durch eine ärztliche Untersuchung festzustellen und die einmal festgestellte Erkrankung zu heilen. Hieraus ergibt sich bereits die Forderung, daß der Arzt als Gewerbehygieniker lediglich die Aufgabe haben muß, die Gewerbekrankheit als solche zu erkennen und sie alsdann zu heilen. Ebensowenig sind die Gewerbeaufsichtsbeamten befähigt, die medizinisch-wissenschaftlichen Untersuchungen und Versuche auszuführen, die erforderlich sind, um die beobachteten Krankheitserscheinungen nach Art und innerer Ursache in den Wohnhäusern der Erkrankten, den Krankenhäusern und medizinischen Instituten aufzuklären.“

---

[1]) Inzwischen sind Landesgewerbeärzte auch in Baden und Sachsen angestellt, sowie neuerdings auch in Preußen vorgesehen.

Für diese Zwecke der Gewerbeaufsicht sollten die Kreisärzte vorgebildet und zur Mitarbeit herangezogen werden, und das Bedürfnis nach Anstellung besonderer Gewerbeärzte würde, nachdem die Kreisärzte von anderen Dienstgeschäften entlastet wären, vermutlich geringer werden, aber gleichwohl nicht ganz entbehrt werden können, insofern für größere Bezirke die Anstellung besonderer staatlicher Aerzte mit gewerbehygienischer Vorbildung (Gewerbeärzte) zur Förderung des Gesundheitsschutzes der in der Industrie arbeitenden Bevölkerung nötig sind, denen die Arbeit zu übertragen wäre, die der Amtsarzt wegen seiner sonstigen amtlichen Tätigkeit nicht übernehmen kann. Die Tätigkeit der Kreisärzte ist so gedacht, daß sie den Gewerbebeamten ihre bemerkenswerten Wahrnehmungen bei etwaigen Betriebsbesichtigungen und die Krankheitsfeststellungen mitteilen; sie müßten grundsätzlich mit den gesetzlich vorgeschriebenen Gesundheitsbesichtigungen beauftragt werden, alljährlich einmal mit dem Gewerbeaufsichtsbeamten die bedeutenden gesundheitsgefährlichen Betriebe ihres Bezirks besichtigen, sowie zu den Beratungen der Gewerbeaufsichtsbeamten zugezogen werden.

Durch diese Denkschrift ist die Frage erweiterter Mitwirkung der Kreisärzte auf dem Gebiete der Gewerbehygiene angeschnitten worden; so sehr das zu begrüßen ist, kann ich den Ausführungen doch nur mit Vorbehalt zustimmen, da die vorgeschlagene Basis für die Mitarbeit der Kreisärzte m. E. nicht breit genug gefaßt ist, worauf ich später noch zurückkommen werde. Jetzt möchte ich zunächst kurz erörtern, *was nach den jetzigen Bestimmungen der Dienstanweisung der Kreisarzt auf dem Gebiete der Gewerbehygiene zu tun hat.*

Nach § 91 der Dienstanweisung hat der Kreisarzt bei *der Konzessionierung* gewerblicher Anlagen *mitzuwirken.* Was heißt das? Er hat die der Behörde vorgelegten Pläne durchzusehen und sein „Geprüft“ darunter zu setzen, ganz gleich, ob er etwas davon versteht oder nicht. In dieser Hinsicht wird entschieden zu viel verlangt. Was hat es beispielsweise für einen Zweck, daß der Kreisarzt die Prüfung statischer Berechnungen oder sonstiger technischer Pläne vornimmt? Wozu braucht der Kreisarzt mitzuwirken, wenn eine Fabrik eine Kugelmühle bewährten Systems oder zwei neue Fallhämmer aufstellen will. In solchen Fällen sollten lediglich die technischen Beamten ihr Urteil abgeben, dem Kreisarzt sollte dagegen nur die Prüfung der hygienischen Fragen eines Projektes vorbehalten bleiben. Er sollte aber auch unbedingt die Neuanlage, deren Pläne er geprüft hat, nach Fertigstellung, d. h. vor und nach Inbetriebnahme, mit dem zuständigen technischen Beamten besichtigen. Nur so wird ein Einarbeiten in die Materie ermöglicht, das Interesse an gewerblichen Neuanlagen erweckt und erhalten; auch die Pläne werden sicher

viel sorgfältiger studiert, als wenn die Angelegenheit mit dem darunter gesetzten „Geprüft" für den Kreisarzt erledigt ist.

Die Mitwirkung des Kreisarztes bei der Gewerbeaufsicht behandelt § 92 der Dienstanweisung, der Typus eines Paragraphen, der viel und doch nichts sagt, der Pflichten auferlegt, gleichzeitig aber die Hände bindet. Es heißt da:

„Der Kreisarzt soll auch den bestehenden Gewerbebetrieben seines Bezirkes usw. seine Aufmerksamkeit zuwenden und auf die Beseitigung vorhandener gesundheitlicher Schädlichkeiten und Belästigungen hinwirken. Er hat sich mit den zuständigen Behörden und Beamten, namentlich mit den Gewerbeinspektoren in Verbindung zu setzen, mit diesen gemeinschaftlich nach Bedürfnis die Anlagen usw. zu besichtigen und darauf zu achten, daß den hygienischen Anforderungen überall gebührend Rechnung getragen wird."

Der Paragraph sagt also klipp und klar, daß der Kreisarzt nicht das Recht hat, aus sich heraus gewerbliche Anlagen zu besichtigen; er soll ihnen seine Aufmerksamkeit zuwenden, besichtigen darf er aber nur mit dem Gewerbeaufsichtsbeamten nach Bedürfnis. Selbst bei Ortsbesichtigungen, bei denen sich gerade häufig erst das Bedürfnis nach einer Besichtigung ergibt, darf er nach dem Min.-Erlaß vom 14. März 1910 gewerbliche Betriebe nur besichtigen, nachdem er vorher den zuständigen Gewerbeaufsichtsbeamten benachrichtigt hat. Nun bestimmt zwar der Erlaß des Ministers für Handel und Gewerbe vom 24. Juli 1901 [1]), daß den Kreisärzten den Gewerbeaufsichtsbeamten gegenüber die gleichen Befugnisse wie diesen ihnen gegenüber eingeräumt sind; dies kann doch eigentlich gar nichts anderes heißen, als daß die Gewerbeaufsichtsbeamten auch ihrerseits die Kreisärzte benachrichtigen sollen, wenn sie gewerbliche Besichtigungen in einem Kreise vornehmen wollen. Geschieht dies? Oder lege ich den Erlaß nicht richtig aus?

In der Praxis wird sich die Mitwirkung des Kreisarztes bei der Gewerbeaufsicht wohl überall so abspielen, daß der Kreisarzt sich über die in seinem Bezirke vorhandenen wichtigeren gewerblichen Betriebe unterrichtet, daß er hin und wieder mit dem Gewerbeaufsichtsbeamten Besichtigungen vornimmt und hierbei vielleicht diesen auf etwaige hygienische Mängel oder kranke Arbeiter aufmerksam macht. Damit wird es aber auch sein Bewenden haben; denn über die ihm durch die Dienstanweisung auferlegte Pflicht, auf Beseitigung vorhandener gesundheitsgefährlicher Schädlichkeiten hinzuwirken, braucht er sich nicht den Kopf zu zerbrechen, dies besorgt alles der Gewerbeaufsichtsbeamte. Welcher Kreisarzt wird sich wohl unter diesen durch die Bestimmungen gegebenen Verhältnissen, die ihm jede Selbständigkeit nehmen und ihn zum ärztlichen Beirat, oder sagen wir richtiger „Mitläufer", des Gewerbeaufsichtsbeamten machen, mit Lust und Liebe gewerbehygienisch betätigen wollen? Die ärztliche Mitarbeit auf dem Gebiete der Gewerbehygiene ist aber so dringend nötig, daß sie nicht länger entbehrt

[1]) Min.-Bl. für Med.-Angel.; 1901, S. 229.

werden kann, wenn mit wirklichem Erfolg auf dem Gebiete gearbeitet werden soll.

Daß in der Tat die ärztliche Mitarbeit in der Gewerbehygiene von den technischen Beamten vermißt wird, beweist die oben angeführte Denkschrift, die diese Mitarbeit fordert und diese Forderung eingehend begründet. Die Gewerbeaufsichtsbeamten, die obwohl hygienisch gar nicht vorgebildet, das Gebiet der Gewerbehygiene bisher als ihre eigenste Domäne betrachtet haben, kommen doch allmählich zur Einsicht, daß sie ohne die ärztliche Mitarbeit nicht weiter kommen. Doch der Pferdefuß kommt auch in dieser Denkschrift zum Vorschein. Sie will den beamteten Arzt nicht als Hygieniker im eigentlichen Sinne als Mitarbeiter haben, sondern sie verlangt, daß der Arzt als Gewerbehygieniker lediglich die Aufgabe haben muß, die Gewerbekrankheiten als solche zu erkennen und sie alsdann zu heilen; d. h. der Arzt wird als Diagnostiker bezw. Pathologe und als Therapeut gebraucht, beileibe nicht als Hygieniker. Diese Folgerungen, die aus der Notwendigkeit ärztlicher Mitarbeit gezogen werden, zeigen, daß sie nicht einem medizinisch geschulten Gehirn entsprungen sind, denn sie würden sonst gelautet haben, der Arzt soll zur Mitarbeit herangezogen werden, nicht nur weil er vermöge seiner Vorbildung allein in der Lage ist, die Gewerbekrankheiten als solche zu erkennen und ihren ursächlichen Zusammenhang mit gewerblichen Schädigungen aufzudecken, sondern auch weil er nur vermöge seiner Kenntnis der Aetiologie der Gewerbekrankheiten und der Gewerbepathologie sachgemäße Gewerbehygiene treiben kann. Nur wer die Aetiologie und Pathologie gewisser Krankheiten beherrscht, wird die richtigen vorbeugenden Maßnahmen treffen können, jeder andere bleibt ein Dilettant auf dem Gebiete der Hygiene, und wenn er noch soviele hygienische Bücher durchstudiert.

Die Denkschrift fordert, daß die Kreisärzte zu der erweiterten Mitarbeit in der Gewerbehygiene herangezogen werden. Damit wird nichts Neues gefordert, denn nach der Dienstanweisung sind die Kreisärzte für diese Mitarbeit schon bestimmt; es braucht nur der § 92 der Dienstanweisung dahin geändert zu werden, daß dem Kreisarzt die Erfüllung der ihm bereits auferlegten Pflichten möglich gemacht wird.

Der Pflicht, auf die Beseitigung vorhandener gesundheitlicher Schädlichkeiten und Belästigungen hinzuwirken und darauf zu achten, daß den hygienischen Forderungen gebührend Rechnung getragen wird, kann der Kreisarzt aber nur nachkommen, wenn er nicht nur die gewerblichen Betriebe seines Bezirkes genau kennt, sondern auch alle möglicherweise in ihnen vorkommenden Gesundheitsschädigungen. Das lernt sich jedoch, da die Arbeitsbedingungen in jedem Betrieb wieder andere sind — ich weise nur auf die chemische Industrie hin —, weder aus Büchern allein, noch durch gewerbehygienische Kurse, auch nicht allein durch die Praxis, sondern nur durch

viel ungültiger [illegible]

Die Einwirkung des [illegible]
behandelt § 92 der Dienstanweisung [illegible]
graphen, der viel und doch [illegible]
gleichzeitig aber die Hände [illegible]

„Der Kreisarzt soll auch [illegible]
seines Bezirkes usw. [illegible]
seitigung [illegible]
wirken. Er hat sich mit den [illegible]
den Gewerbeinspektoren in Verbindung [illegible]
nach Bedürfnis die Anlagen usw. [illegible]
hygienischen Anforderungen [illegible]

Der Paragraph sagt [illegible]
arzt nicht das Recht hat [illegible]
lagen zu besichtigen; er [illegible]
wenden, besichtigen darf er [illegible]
beamten nach Bedürfnis. [illegible]
denen sich gerade häufig [illegible]
sichtigung ergibt, darf er [illegible]
1910 gewerbliche Betriebe [illegible] Fabrik-, [illegible]
den zuständigen Gewerbe[illegible]
Nun bestimmt zwar der [illegible] gar keine Zeit [illegible]
Gewerbe vom 24. Juli 1901 [illegible] kann man [illegible]
aufsichtsbeamten gegenüber [illegible]
ihnen gegenüber eingeräumt [illegible]
gar nichts anderes heißen [illegible]
auch ihrerseits die Kreisärzte [illegible]
gewerbliche Besichtigungen [illegible]
Geschieht dies? Oder [illegible]

In der Praxis wird [illegible]
arztes bei der Gewerbeaufsicht [illegible]
der Kreisarzt sich über [illegible]
wichtigeren gewerblichen [illegible]
wieder mit dem Gewerbe[illegible]
nimmt und hierbei [illegible]
Mängel oder kranke Arbeiter [illegible]
es aber auch sein [illegible]
die Dienstanweisung [illegible]

[illegible]

In dem [illegible]
S. 805) ange[illegible]
wichtiges W[illegible]

...windet, denn er bedeutet Zeitverlust und er-
...mittelungen ganz unnötigerweise. Anderseits
...warten, daß der vor 2 Jahren ausgearbeitete Ent-
...Gesetz wird, ist doch die Anzeigepflicht für
...vergiftungen und die Ermittelung ihrer Ent-
...unbestreitbar viel wichtiger als die mancher
...gepflichtigen Erkrankung. Allerdings sollten die
...rechtzeitig darauf hinwirken, daß sie in einer
... und ihrem Wissen entsprechenden Weise zur
...angezogen werden.

...erhebt sich schließlich die Frage, wie nunmehr das
... zwischen dem Gewerbeaufsichtsbeamten
...edizinalbeamten zu gestalten sein würde, da-
...bungsflächen vermieden werden und keine Kom-
...gkeiten entstehen. Es ist menschlich erklärlich,
...werbeaufsichtsbeamten sich ihre bisherigen Rechte
... beschneiden lassen werden; aber eine reinliche
...der beiderseitigen Rechte und Pflichten und der
... auf beiden Seiten werden ein ersprießliches Zu-
...eiten sehr wohl ermöglichen und ein Gegeneinander-
...usschließen. Man gebe dem Gewerbeaufsichts-
... den technischen Teil und dem Medizinal-
... den ärztlichen Teil der Gewerbeaufsicht.
...tigeren Betriebe müssen von Zeit zu Zeit von beiden
...m besichtigt werden, eventuell nötige Mitteilungen an
...ebsleitungen über die Abstellung von Mängeln müssen
...en ausgehen. Wichtige Beobachtungen, die bei nicht
...m ausgeführten Besichtigungen gemacht werden, sind
...itig mitzuteilen. Ein gedeihliches Zusammenarbeiten
...diesen Voraussetzungen muß und wird möglich sein,
...eide Teile ihre Person zurücksetzen hinter das Interesse
...gemeinheit.

...as deutsche Volk braucht seine blühende Industrie
..., wenn es nicht untergehen will; wir können keine werk-
...Hand entbehren, und die Lücken, die der Krieg und die
...kulose in unseren Volkskörper gerissen haben und noch
..., dürfen nicht durch vermeidbare Gewerbekrankheiten
...ßert werden. Das müssen und können wir vermeiden.

Zum Ruhegehalt der nicht vollbesoldeten Kreisärzte in Preussen.

Vom Herausgeber.

Unter dem 10. Mai d. J. hatte der Vorstand des Preußischen
...zinalbeamtenvereins bei dem Herrn Minister für Volks-
...lahrt beantragt, daß die nicht vollbesoldeten Kreisärzte
...gstens im Ruhegehalt mit den vollbesoldeten glei...
...n möchten. Darauf ist dem Verein unter dem ...
...nder Bescheid erteilt:

wissenschaftliche Beschäftigung mit Gewerbepathologie und -hygiene und durch praktische Arbeit. Beides ist aber dem Kreisarzt nur dann möglich, wenn er das Recht hat, jederzeit die gewerblichen Betriebe zu besichtigen und in ihnen arbeitende Menschen zu untersuchen. Dabei muß er völlig unabhängig von Gewerbeaufsichtsbeamten sein; denn da er als Kreisarzt noch andere Dienstobliegenheiten zu erfüllen hat, muß er sich seine Zeit einteilen. Soll er sich aber nach dem Gewerbeaufsichtsbeamten richten und nur gemeinsam mit diesen Besichtigungen vornehmen, dann ist die kreisärztliche Betätigung auf dem Gebiete der Gewerbehygiene von vornherein zum Mißerfolg verdammt.

Ueber die Eignung der Kreisärzte zur Mitarbeit in der Gewerbehygiene braucht wohl kaum ein Wort verloren zu werden; denn jeder Kreisarzt wird sich mit seiner Vorbildung rasch in die Gewerbepathologie und -hygiene einarbeiten; man gebe ihm nur Gelegenheit dazu.

Abzulehnen ist die Forderung der Denkschrift, daß die Kreisärzte sich auch therapeutisch in der Gewerbehygiene betätigen sollen. Das ist Sache der Fabrik-, Kassen- und Krankenhausärzte und muß diesen verbleiben, abgesehen davon, daß der vollbeschäftigte Kreisarzt dazu gar keine Zeit hat. Mit den anderen Forderungen der Denkschrift kann man sich wohl einverstanden erklären.

Was schließlich die Anzeigepflicht für gewerbliche Erkrankungen anbelangt, so läßt sich deren Einführung m. E. nicht mehr umgehen. Schon jetzt ist es den Gewerbeaufsichtsbeamten aufgegeben, sich durch Vermittelung der Krankenkassen von jeder gewerblichen Erkrankung durch Blei, Quecksilber, Arsen, Phosphor Kenntnis zu verschaffen und ihre Entstehungsweise unter Mitwirkung der zuständigen Medizinalbeamten aufzuklären. Die Unzulänglichkeit dieses Verfahrens hat man mittlerweile auch im Reichsarbeitsministerium eingesehen; aus dieser Einsicht ist im März 1919 der vorläufige Entwurf eines Gesetzes über die Anzeige gewerblicher Vergiftungen hervorgegangen, in dem die Anzeigepflicht für jede Erkrankung und jeden Todesfall infolge gewerblicher Beschäftigung mit Blei, Quecksilber, Arsen, Phosphor, Chlor, Chlorkohlenoxyd, aromatischen Nitro- und Amidoverbindungen, Tetranitromethan, Nitroform vorgesehen ist; § 8 dieses Entwurfes bestimmt, daß die Anzeigepflicht weiter ausgedehnt werden kann. Die Anzeigen sind an den Gewerbeaufsichtsbeamten und an den Kreisarzt zu richten; letzterer hat Ermittelungen am Krankenbett vorzunehmen und dem Gewerbeaufsichtsbeamten zu berichten, ob eine gewerbliche Vergiftung oder der Verdacht einer solchen vorliegt. Hält der Kreisarzt aber Ermittelungen auch im Betrieb für nötig, dann hat er sich zuerst an den Gewerbeaufsichtsbeamten zu wenden und gemeinsam mit diesem die Ermittelungen vorzunehmen. Es wäre zu wünschen, daß dieser letzte Satz aus dem Gesetz-

entwurf verschwindet, denn er bedeutet Zeitverlust und erschwert die Ermittelungen ganz unnötigerweise. Anderseits sollte man erwarten, daß der vor 2 Jahren ausgearbeitete Entwurf recht bald Gesetz wird, ist doch die Anzeigepflicht für gewerbliche Vergiftungen und die Ermittelung ihrer Entstehungsursachen unbestreitbar viel wichtiger als die mancher anderen anzeigepflichtigen Erkrankung. Allerdings sollten die Medizinalbeamten rechtzeitig darauf hinwirken, daß sie in einer ihrer Stellung und ihrem Wissen entsprechenden Weise zur Mitarbeit herangezogen werden.

Damit erhebt sich schließlich die Frage, wie nunmehr das Verhältnis zwischen dem Gewerbeaufsichtsbeamten und dem Medizinalbeamten zu gestalten sein würde, damit alle Reibungsflächen vermieden werden und keine Kompetenzstreitigkeiten entstehen. Es ist menschlich erklärlich, daß die Gewerbeaufsichtsbeamten sich ihre bisherigen Rechte nur ungern beschneiden lassen werden; aber eine reinliche Scheidung der beiderseitigen Rechte und Pflichten und der nötige Takt auf beiden Seiten werden ein ersprießliches Zusammenarbeiten sehr wohl ermöglichen und ein Gegeneinanderarbeiten ausschließen. Man gebe dem Gewerbeaufsichtsbeamten den technischen Teil und dem Medizinalbeamten den ärztlichen Teil der Gewerbeaufsicht. Die wichtigeren Betriebe müssen von Zeit zu Zeit von beiden gemeinsam besichtigt werden, eventuell nötige Mitteilungen an die Betriebsleitungen über die Abstellung von Mängeln müssen von beiden ausgehen. Wichtige Beobachtungen, die bei nicht gemeinsam ausgeführten Besichtigungen gemacht werden, sind gegenseitig mitzuteilen. Ein gedeihliches Zusammenarbeiten unter diesen Voraussetzungen muß und wird möglich sein, wenn beide Teile ihre Person zurücksetzen hinter das Interesse der Allgemeinheit.

Das deutsche Volk braucht seine blühende Industrie wieder, wenn es nicht untergehen will; wir können keine werktätige Hand entbehren, und die Lücken, die der Krieg und die Tuberkulose in unseren Volkskörper gerissen haben und noch reißen, dürfen nicht durch vermeidbare Gewerbekrankheiten vergrößert werden. Das müssen und können wir vermeiden.

Zum Ruhegehalt der nicht vollbesoldeten Kreisärzte in Preussen.

Vom Herausgeber.

Unter dem 10. Mai d. J. hatte der Vorstand des Preußischen Medizinalbeamtenvereins bei dem Herrn Minister für Volkswohlfahrt beantragt, daß die nicht vollbesoldeten Kreisärzte wenigstens im Ruhegehalt mit den vollbesoldeten gleichgestellt werden möchten. Darauf ist dem Verein unter dem 8. August d. J. folgender Bescheid erteilt:

„Auf den Antrag vom 10. Mai 1921 — Nr. 109 — erwidere ich im Einvernehmen mit dem Herrn Finanzminister, daß die Gleichstellung der nicht vollbesoldeten mit den vollbesoldeten Kreisärzten im Ruhegehalt und in den Hinterbliebenenbezügen in der Weise, daß das ruhegehaltsfähige Diensteinkommen der Besoldungsgrenze A 10 nach dem gleichen Besoldungsalter berechnet, also ein fingiertes Diensteinkommen der Festsetzung der Gebührnisse zugrunde gelegt wird, nach den Vorschriften des Zivilruhegehaltsgesetzes **nicht zulässig** ist.

Was den Vorschlag der **Erhöhung des ruhegehaltsfähigen Gebührenanteils** auf 4500 M. betrifft, so möchte ich zunächst darlegen, wie nach den gegenwärtigen Rechtszuständen die Berechnung des ruhegehaltsfähigen Diensteinkommens der nicht vollbesoldeten Kreisärzte erfolgt. Sie erhalten (nach Fußnote 1 zur Besoldungsgruppe 10) 75 v. H. der Grundgehaltssätze der Besoldungsgruppe 10. Hierzu tritt der Durchschnitt des Ortszuschlages, der nach dem gekürztem Grundgehaltssatze berechnet, jedoch keinesfalls auf 75% gekürzt wird (vergl. Ziffer 90, Abs. 3 der **neuen** Besoldungsvorschriften). Zu diesem Diensteinkommen wird bei der Pensionierung ein ruhegehaltsfähiger Gebührenanteil von 2250 M. hinzugerechnet. Das ergiebt für die nicht vollbesoldeten Kreisärzte (Kreistierärzte) ein ruhegehaltsfähiges Diensteinkommen nach folgender Tabelle:

Dienstjahr:	1.u.2.	3.u.4.	5.u.6.	7.u.8.	9.u.10.	11.u.12.	13.u.14.	14.u.folg
Grundgehalt:	6300	6900	8100	8475	8850	9225	9225	9450 M.
Ortszuschlag:	2100	2430	2430	2760	2760	2760	2760	2760 „
Nebenbezüge:	2250	2250	2250	2250	2250	2250	2250	2250 „
Zusammen:	10650	11250	12180	12780	13485	13860	14235	14460 M.

Die Schlußbemerkung C 9 (bezw. C 6a zur Besoldungsordnung), nach der das Gesamtdiensteinkommen des nicht vollbesoldeten Kreisarztes (Kreistierarztes) das eines vollbesoldeten im Besoldungsdienstalter nicht übersteigen darf, hat also bei Einsetzung eines Betrages von 2250 M. keine praktische Bedeutung, da sich das ruhegehaltsfähige Diensteinkommen der Gruppe 10 wie folgt regelt:

Dienstjahr:	1.u.2.	3.u.4.	5.u.6.	7.u.8.	9.u.10.	11.u.12.	13.u.14.	14.u.folg.
Grundgehalt:	8400	9200	10000	10800	11300	11800	12300	12600 M.
Ortszuschlag:	2760	2760	2760	3090	3090	3090	3090	3420 „
Zusammen:	11160	11960	12760	13890	14390	14890	15390	16020 M.
Unterschied:	510	710	580	1110	905	1030	1155	1560 M.

Eine Hinaufsetzung des anrechnungsfähigen Betrages auf 4500 M. kommt mithin schon deshalb nicht in Frage, weil durch eine derartige Steigerung des ruhegehaltsfähigen Gebührenanteils um 2250 M. die Unterschiedsbeträge zwischen dem ruhegehaltsfähigen Diensteinkommen der vollbesoldeten Kreisärzte der Gruppe A 10 und dem der nicht vollbesoldeten, die sich zwischen 510 und 1560 M. bewegen, in allen Fällen überschritten würden, mithin allgemein auf Grund der Schlußbemerkung C 9 zur Besoldungsordnung das ruhegehaltsfähige Diensteinkommen der nicht vollbesoldeten Kreisärzte auf dasjenige der vollbesoldeten der Gruppe A 10 zu bringen wäre. Die Erhöhung auf 4500 M. würde mithin die Festsetzung eines Betrages bedeuten, der praktisch niemals zur Anrechnung käme, sondern in allen Dienstaltersstufen der Kürzung unterliegen würde. Da außerdem den nicht vollbesoldeten Kreisärzten die **Ausübung der Privatpraxis** gestattet ist und sie dadurch den vollbesoldeten Kreisärzten gegenüber sich vielfach ohnehin in einer wirtschaftlich günstigeren Lage befanden, so muß eine gewisse Schlechterstellung mit Rücksicht auf die Möglichkeit **Ersparnisse** durch Ausübung der Privatpraxis zu machen, bei der Festsetzung des Ruhegehalts Platz greifen, wenn nicht Forderungen der vollbesoldeten Kreisärzte und Berufungen gleichbesol-

deter Beamtengruppen hervorgerufen werden sollen, die bei der mißlichen Finanzlage des Staates unerfüllbar sind.

Ich ersuche ergebenst, den Erlaß in geeigneter Weise zur Kenntnis der Mitglieder des Vereins zu bringen."

Die nicht vollbesoldeten Kreisärzte werden diesen ablehnenden Bescheid im hohen Grade bedauern; ist doch damit eine von ihnen schon seit vielen Jahren gestellte und nach unserer Ansicht durchaus berechtigte Forderung unerfüllt geblieben; hoffentlich ist dies aber nur vorläufig der Fall, zumal die Gründe für die ministerielle Ablehnung keineswegs als zutreffend anerkannt werden können. Das gilt vor allem betreffs des Hinweises auf die Einnahmen der nicht vollbesoldeten Kreisärzte aus der Privatpraxis, die so erheblich sein sollen, daß daraus beträchtliche Ersparnisse von den nicht vollbesoldeten Kreisärzten erzielt werden könnten. Ein in dieser Beziehung von dem Herrn Minister veranstaltete Umfrage würde sehr bald den Beweis bringen, daß diese Voraussetzung nicht zutrifft; denn die nicht vollbesoldeten Kreisärzte, die noch eine erträgliche Privatpraxis haben, bilden nur eine Ausnahme und werden sehr bald ganz verschwinden. Deshalb ist auch das Bedenken mit Rücksicht auf die vollbesoldeten Kreisärzte und auf andere Beamtengruppen hinfällig. Schließlich, und das ist Schwerpunkt bei der vorliegenden Frage, ist auch der Unterschied zwischen dem Ruhegehalt der nicht vollbesoldeten Kreisärzte und der vollbesoldeten keineswegs so unerheblich, wie in dem ministeriellen Bescheide ausgerechnet ist; man muß nur nicht die Ruhegehälter nach 1—14 Dienstjahren (bekanntlich hat der Beamte überhaupt erst nach 10 Jahren Rechtsanspruch auf Ruhegehalt), sondern nach 30—40 Jahren vergleichen, die für die Beamten doch fast ausschließlich praktisch in Betracht kommen. Dann sind aber die vollbesoldeten Kreisärzte bekanntlich in Gruppe 11 aufgerückt und ihr ruhegehaltsfähiges Diensteinkommen beträgt nicht 16020, sondern 14500 + 3420 = 17920, also 3460!! statt 1560 M. mehr. Die Frage wird unseres Erachtens am einfachsten in der Weise gelöst, daß der betreffende Vermerk im Haushalt künftig folgenden Wortlaut erhält:

„Bei der Bemessung des Ruhegehaltes der nicht vollbesoldeten Kreisärzte wird dem Gehalte für sonstige Dienstbezüge soviel zugerechnet, daß ihr Ruhegehalt danach dem ruhegehaltsfähigen Diensteinkommen eines vollbesoldeten Kreisarztes mit demselben Dienstalter entspricht."

Voraussetzung dabei ist, daß die nicht vollbesoldeten Kreisärzte ebenfalls nach dem Dienstalter in Klasse 11 aufrücken, eine Forderung, die durchaus der Billigkeit entspricht, zumal sie jetzt auch verpflichtet sind, ihre amtsärztlichen Gebühren an die Staatskasse abzuliefern, soweit ihr Diensteinkommen einschließlich der Gebühren dasjenige der im Dienste gleichaltrigen vollbesoldeten Kreisärzte übersteigt. Jedenfalls wird es Sache des Preuß. Med.-Beamtenvereins sein, alles aufzubieten, um dieses Ziel zu erreichen.

Aus Versammlungen und Vereinen.

Bericht über die Medizinalbeamtenversammlung in Liegnitz am 26. April 1921.

Gelegentlich der Vereidigung der Medizinalbeamten des Regierungsbezirks Liegnitz auf die preußische Verfassung fand eine Versammlung unter dem Vorsitze des Herrn Regs.-Präsidenten Büchting statt, an der außerdem die Oberregierungsräte Bossart, Winterfeldt und Große, Reg.- und Geh. Med.-Rat i. R. Dr. Meyen, Reg.- und Med.-Rat Dr. Willführ, Reg.- und Schulrat Koesling, Reg.-Rat Götte, der Bearbeiter des Wohlfahrtsfaches, die Bezirksfürsorgerin Fräulein Poschmann und sämtliche Kreisärzte des Bezirks teilnahmen.

Vor dem Eintritt in die Tagesordnung widmete der Herr Reg.-Präsident dem am 1. April ds. Js. in den Ruhestand versetzten Reg.- und Geh. Med.-Rat Dr. Meyen herzliche Worte des Gedenkens für seine langjährige aufopfernde Tätigkeit bei der Regierung in Liegnitz und begrüßte gleichzeitig den für Liegnitz neuernannten Reg.- und Med.-Rat und die neu in den Bezirk versetzten Kreisärzte.

I. Nach der Vereidigung der Kreisärzte auf die Preußische Verfassung erhielt zunächst das Wort Kreisarzt Dr. Meyer-Grünberg zu seinem Vortrag über **die Pockenseuche im Kreise Grünberg im Frühjahr des Jahres 1921.** Die Seuche wurde eingeschleppt durch einen Lichtbildner R., der in Schwientochlowitz in Oberschlesien das Bild eines an Pocken verstorbenen Polenkindes, das aus Sosnowice zugereist war, aufgenommen hatte. Der Lichtbildner erkrankte 14 Tage später, kurz vor seiner Abreise, an einem Exanthem, das der Arzt als Masern ansprach. Nach seiner Ankunft in Grünberg entwickelte sich ein Bläschenausschlag, den der Kranke wenig beachtete und dessentwegen er keinen Arzt befragte. Die Mutter des Lichtbildners erkrankte Anfang Februar an einer exanthematischen Krankheit, die von 2 beratschlagenden Aerzten für Morbus maculosus Werlhofii angesehen wurde. Da die Krankheit einen ernsten Verlauf nahm, wurde am 15. Februar noch ein dritter Arzt zugezogen, der eine Diagnose nicht stellen konnte, aber dringend die Ueberführung der Erkrankten ins Krankenhaus Bethesda anriet. Hier wurde die Erkrankte in die im Kellergeschoß belegene Infektionsabteilung verbracht und von dem Chefarzt sowie den beiden Hilfsärzten untersucht. Der leitende Arzt war für Zuziehung des Kreisarztes. Diese unterblieb aber, da der eine Hilfsarzt mit aller Bestimmtheit erklärte, daß es sich um hämorrhagischen Scharlach handle, den er erst kürzlich in Halle in der Klinik gesehen hätte. Die Frau verstarb noch in derselben Nacht; 4 Tage später stellte der Kreisarzt bei einer Frau, die im Hause der Verstorbenen wohnte, Pocken fest. Es war zu erwarten, daß die Seuche sich auf ihren Herd nicht mehr beschränken lassen würde. In dem gleichen Hause erkrankten noch 6 weitere Personen in 5 Familien an Pocken, ebenso 3 Frauen, von denen die eine als Gesundbeterin zu der erkrankten Frau R. gekommen war, die zweite hatte ihr gelegentlich das Bett gemacht, die dritte war nur einmal in der Wohnung gewesen. Bei der Gesundbeterin infizierten sich noch 2 Personen. Die Krankenschwester, die Frau R. gepflegt hatte, verschleppte die Pocken zu einer rheumatismuskranken Frau, die den Pocken erlag. Der Sohn eines 7 km von Grünberg entfernt wohnenden Försters, der bei einem Holztermin mit vielen Grünbergern zusammen gewesen war, erkrankte gleichfalls an Pocken. Auch das Krankenhaus Bethesda wurde schwer verseucht. Die Frau eines Forstmeisters in Deutsch-Wabg hatte mit Frau R. zusammen im Krankenhause Bethesda gelegen und wurde von ihrem Mann am 16. Februar aus dem Krankenhaus abgeholt. Beide Eheleute erkrankten an konfluierenden hämorrhagischen Pocken. Zwei weitere Frauen und zwei ungeimpfte Kinder folgten. Auch der Barbier, der die Kranken des Krankenhauses zu rasieren pflegte, erkrankte an hämorrhagischen Pocken. In den nächsten 2 Wochen erkrankten noch 9 weitere Personen, die im Krankenhause lagen, an Pocken. Im Landkreise Grünberg traten noch in den drei Ortschaften Erkrankungen auf: eine Frau, die 14 Tage vorher an einer Versteigerung in Grünberg teilgenommen hatte, zwei Kinder eines Landbriefträgers und endlich 4 Personen in dem Ort

Lättnitz, der einen regen Verkehr mit Grünberg unterhält. Im ganzen umfaßte die Seuche 54 Erkrankungen mit 5 Todesfällen während einer Dauer von zwei Monaten.

Das Krankenhaus Bethesda in Grünberg wurde sofort nach Feststellung der Seuche für Aufnahmen und Entlassungen gesperrt. Da der Platz in der Infektionsabteilung des Krankenhauses nicht zureichend war, mußte ein Teil der Pockenkranken, vor allem diejenigen in dem Pockenhause der Frau R., in ihren Behausungen verbleiben. Oeffentliche Impfungen wurden sofort vorgenommen. Der erste Impftag war aber sehr mangelhaft besucht, da die Bevölkerung an eine Gefahr nicht glauben wollte. Erst als die Seuche an den verschiedensten Stellen der Stadt aufflackerte und Todesfälle verursachte, kam die Bevölkerung zum Bewußtsein ihrer ernsten Lage, und nun war, wie immer in gleichen Fällen, der Andrang zu den öffentlichen Impftagen, die angesetzt waren, so groß, daß man nur mit Mühe die Arbeit bewältigen konnte. Die Schulen wurden geschlossen, öffentliche Versammlungen, Konzerte, Schauspiel und Lichtspiele verboten. Auch Versteigerungen hätten, wie die Erfahrung zeigte, verboten werden sollen.

Bei der Erörterung, an der sich ebenso wie nach den folgenden Vorträgen die meisten anwesenden Aerzte beteiligten, wird daran erinnert, wie oft Pocken mit anderen hämorrhagischen Exanthemen verwechselt werden. Die Studenten der Medizin hätten viel zu wenig Gelegenheit, die Pocken kennen zu lernen. Den Ausschlag könne nicht allein der Paulsche Versuch geben, sondern es müsse sorgfältig auf alle klinischen Erscheinungen, in erster Linie die äußerst quälenden Kreuzschmerzen, sodann den Sattel der Kurve beim Aufschießen des Bläschenausschlags, sowie das Vorexanthem beachtet werden. Besonders sei auch zu erinnern an die Fälle von Variolois mit ganz geringfügigem Bläschenausschlag, die wohl fast immer der Feststellung entgehen. Uebereinstimmend wird anerkannt, daß die ärztliche Ausbildung und besonders diejenige der Kreisärzte in den klinischen Erscheinungen der Pocken gar nicht sorgfältig genug sein kann, dann wird es am ersten gelingen, die Seuche frühzeitig zu erkennen und auf ihren Herd zu beschränken.

II. Fleckfieber und soziale Lage. Berichterstatter: Reg.- und Med.-Rat Dr. **Willführ** in Liegnitz. (Der Vortrag wird unter den Originalarbeiten dieser Zeitschrift veröffentlicht werden.)

In der sich anschließenden Erörterung, an der sich außer den Aerzten auch die Ob.-Reg.-Räte Bossart und Große sowie die Bezirksfürsorgerin Frl. Poschmann beteiligten, wird Uebereinstimmung dahin erzielt, daß die während des Krieges beträchtlich angewachsene Verlausung mit allen Mitteln durch Zusammenarbeit zwischen Schulleitern und Kreisärzten bekämpft werden muß. Ob die Bestimmung des allgemeinen Landrechts Teil II Tit. 17 § 10 ohne weiteres anzuziehen ist, erscheint zweifelhaft. Um so mehr muß die Belehrung einsetzen, für die die Fürsorgerinnen heranzuziehen sind. Verlauste Kinder sind vom Schulbesuch auszuschließen, gegen die Eltern ist mit Schulstrafen vorzugehen, wenn sie die Kinder nicht in angemessener Frist entlausen lassen und wieder in die Schule schicken. Eine gesetzliche Handhabe, um die Entlausung, besonders auch ganzer Familien, im Zwangswege herbeiführen zu können, fehlt, wäre aber sehr erwünscht.

III. Mitwirkung des beamteten Arztes bei der Berufsberatung. Berichterstatter: Sanitätsrat Dr. **Brieger**, Kreisarzt in Landeshut. Die Not der Zeit erfordert mehr denn je die Berücksichtigung aller gesundheitlichen und wirtschaftlichen Momente bei der Berufswahl. Diese Forderung entspricht dem Erlasse vom 18. März 1919 betr. Einführung der Berufsberatung nicht vollkommen. Der Erlaß bestimmt im § 7, daß zur Berufsberatung, wenn irgend möglich, ein Arzt heranzuziehen ist, während aus sozial-medizinischen Gründen für eine wirklich zweckentsprechende Berufsberatung die Forderung erhoben werden muß, daß grundsätzlich an jeder Berufsberatung ein Arzt teilnimmt. Wie sollen sonst Tuberkulöse, Herzkranke, Psychopathen von ungeeigneten Berufen ferngehalten werden? Welche gewichtige Rolle spielt bei der Berufswahl des weiblichen Geschlechts die Sexual-Sphäre, wie wichtig oder geradezu entscheidend für die Wahl eines Berufes ist nicht selten der Zustand der Sinnesorgane? Hinsichtlich der praktischen Ausgestaltung

der Berufsberatung dürfte für die große Masse der Schulen auf dem platten Lande nicht der Berufsberater im Hauptamt, sondern der Klassenlehrer als Berufsberater in Frage kommen, der gemeinsam mit Arzt und Vertreter des Arbeitsnachweises möglichst unter Zuziehung der Eltern und in strittigen Fällen unter Beteiligung von Fachleuten aus den in Frage kommenden Berufen die Berufsberatung vornimmt. Die ärztliche Tätigkeit erstreckt sich hierbei nicht nur auf eine genaue körperliche Untersuchung, sondern auch auf eine Prüfung der psychischen Qualitäten; es müssen daher dem Arzt wenigstens die elementaren Kenntnisse der experimentellen Psychologie geläufig sein, wenn auch im allgemeinen zugegeben werden muß, daß auf diesem Gebiet nicht selten, meist aus wissenschaftlichem Interesse, übertrieben wird. Nötig ist es aber vor allem, daß der Arzt die Gefahren und Möglichkeiten von Gesundheitsschädigungen der am Ort selbst und in der Umgebung desselben vorhandenen Berufsarten genau kennt, weil die große Masse der zu Beratenden in der Regel in derartige Berufe übergeht. Im allgemeinen wird die Tätigkeit des an der Berufsberatung beteiligten Arztes zu den Aufgaben des Schularztes gehören; so lange aber nicht für alle Schulen Schulärzte zur Verfügung stehen, wird der beamtete Arzt sich auch diesem Teil sozial-medizinischer Tätigkeit im Interesse der Volksgesundheit und Volkswirtschaft widmen müssen. Dies ist wohl in der Mehrzahl der Fälle durch Vornahme der Berufsberatung gelegentlich der amtlichen Schulbesichtigung möglich; weiter kann der Kreisarzt gelegentlich seiner Anwesenheit in anderen Dienstgeschäften an Schulorten die Berufsberatung vornehmen. Für die noch übrig bleibenden Schulen müßten dann Vereinbarungen über die Vornahme der Berufsberatung mit den Schulvorständen getroffen werden; durch Zusammenlegung mehrerer solcher Berufsberatungen auf einen Tag würden die Kosten für die einzelnen Gemeinden kaum erheblich sein. Von großer Wichtigkeit ist die Mitarbeit des beamteten Arztes bei der Propaganda für die Berufsberatung. Gerade der Kreisarzt ist infolge seiner sozial-medizinischen Vorbildung seiner Kenntnis der Gefahren der einzelnen Berufe am besten geeignet, in Volkshochschulkursen, Elternabernden und ähnlichen Veranstaltungen die Bevölkerung über den Wert der Berufsberatung zu unterrichten und in gleicher Weise auch die Tagespresse zu informieren. Aus den gleichen Gründen gehört der Kreisarzt auch unbedingt in den durch den Erlaß vorgesehenen Beirat des örtlichen Berufsamtes.

Bei der anschließenden Erörterung weist Reg.-Präsident Büchting darauf hin, daß bei Berufsberatung alle Instanzen zusammenarbeiten müssen, weil einer nicht alle Berufe übersehen kann, anderseits der Arzt die Kinder vorwiegend körperlich beurteilt; unter allen Umständen müsse die Politik ausgeschaltet werden. Die Berufsberatung müsse dazu mithelfen, das Mißtrauen der einzelnen Volkskreise gegeneinander zu beseitigen. Reg.- und Schulrat Koesling betont, daß die Berufsberatung ohne Arzt unmöglich ist. Leider sei der Anteil der Lehrer an dieser Aufgabe noch gering. Die Berufsberatung sei ein geeignetes Gebiet für die Elternräte. Reg.-Präsident Büchting empfiehlt, junge Leute, besonders junge Mädchen, zu den Beratungen heranzuziehen. Kreisarzt Dr. Meyer-Grünberg hält die Lungenfürsorgestelle für eine geeignete Gelegenheit zur Ausübung der Berufsberatung. Kreisarzt Dr. Peters-Löwenberg bemängelt an den Briegerschen Vorschlägen, daß ihre Ausführung zu oberflächlicher Handhabung führe. Die Berufsberatung erfordere Zeit; sie könne nicht nebenher und im Fluge erledigt werden. Die geeigneten Träger der Berufsberatung seien die Schulärzte, die möglichst überall anzustellen seien, aber nicht überlastet sein dürften. Reg.-Rat Götte macht darauf aufmerksam, daß das Berufsberatungsgesetz den Fortfall jeder freien Stellenvermittelung vorsehe, an deren Stelle die Zwangsvermittelung treten solle.

IV. Beschaffung von Geldmitteln zur Tuberkulosebekämpfung. Berichterstatter: Kreisärzte Dr. **Brieger**-Landeshut und Dr. **Dietrich**-Hoyerswerda.

a. Kreisarzt Dr. Brieger zieht in möglichst ausgedehntem Maße die Landesversicherungsanstalt, die Krankenkassen, die Ortsgruppe des Provinzialvereins zur Bekämpfung der Tuberkulose heran, um Mittel zur Tuberkulosebekämpfung zu gewinnen, und versuchte außerdem, bisher allerdings ohne

Erfolg, die Arbeiter zu veranlassen, eine Ueberstunde unentgeltlich zu leisten und den Verdienst diesem Zweck zuzuführen. Er behält diesen letzten Gedanken weiter im Auge und hofft noch immer, dessen Durchführung zu erreichen.

b. Kreisarzt Dr. Dietrich berichtet, daß für den im November 1919 gegründeten Ortsausschuß des Provinzialvereins zur Bekämpfung der Tuberlose für den kleinen Kreis Hoyerswerda mit seinen 55000 Einwohnern schon 1920: 38213,53 M., 1921 allein an größeren Spenden von 100 M. an aufwärts bereits 44225 M. aufgebracht worden sind. Diese erheblichen Mittel sind der greifbare Erfolg einer tatkräftigen Werbearbeit, die auf breitester Grundlage betrieben wurde. Im Anschluß an die Gründung des Ortsausschusses wurden überall im Kreise bunte Aufrufe angeschlagen, die sofort eine größere Zahl von Mitgliedsmeldungen herbeiführten. Den Aerzten und Schwestern, die zu diesem Zweck eingeladen wurden, hielt der Berichterstatter gesonderte Vorträge über die Bestrebungen des Vereins. Dasselbe geschah im Kreisausschuß und Kreistag. Der Kreistag bewilligte daraufhin noch für die letzten 4 Wochen des Jahres 1919 5000 M., Anfang 1920 8000 M. Damit war die allgemeine Aufmerksamkeit erregt, die sich in dem starken Besuch der nun in allen größeren Orten abgehaltenen Vorträgen äußerte. Zugleich wurden nach dem Vorbild der von Kreisarzt Dr. Dohrn in Hannover entworfenen, mit Abbildungen versehenen, volkstümlichen Tuberkulosemerksprüche regelmäßige Vermerke mit Abbildungen in die „Hoyeswerdaer Nachrichten" gebracht, z. B.: „Schütze Dich vor der Lungenschwindsucht! Hier siehst Du, wie sie endet. Besonders die Kinder, die auf dem Boden spielen, sind gefährdet (Bild: spielende Kinder neben Krankenbett). Opfere 3 M.! Dann wirst Du Mitglied des Provinzialvereins .... Melde Deinen Beitritt bei ...." Oder: „Hier siehst Du den Tuberkulose-Bacillus sechshundertfach vergrößert (Bild mit Tuberkel-Bazillen). In einem Schleimtröpfchen, das ein Lungenkranker aushustet, sind oft Tausende dieser Krankheitskeime. Darum spucke nicht auf den Boden! 6—8 Monate halten sich die Keime im Staube der Stube lebensfähig und können Gesunde krank machen. Sage dies auch den Kranken, damit sie vorsichtig sind mit ihrem Auswurf! Opfere 3 M. usw. Du schützt Dich damit selbst." Oder: „Hier siehst Du, wie die Ansteckung zustande kommt. Gefährlich ist es, wenn ein Lungenkranker Dich anhustet, ohne das Taschentuch vor den Mund zu halten (Bild entsprechend). Darum: Taschentuch vor den Mund beim Husten! Beteilige Dich am Kampfe gegen die Krankheit, ehe es auch für Dich zu spät ist. Opfere 3 M. usw.!" Solche und ähnliche Hinweise brachte die Presse immer von neuem.

Ein Lichtbildervortrag, den der Landrat über eine von ihm unternommene große Reise hielt, ein Musikabend im Kreishaus, ein demnächst stattfindender Bazar, alle diese Veranstaltungen erfolgten nur zum Besten der Tuberkulosebekämpfung und brachten reiche Mittel. Der Landrat richtete an sämtliche Gemeindevorsteher ein von ihm persönlich abgefaßtes Schreiben, das einen unerwartet guten Erfolg hatte. Die einzelnen Persönlichkeiten des Kreises, Großunternehmer und Gutsbesitzer, die über erhebliche Mittel verfügen, wurden durch besondere Bitte herangezogen. Dagegen sah man von dem Heranziehen der Arbeiterschaft durch Ueberstunden absichtlich ab, weil gerade die Arbeiterkreise schon ohnehin genug gaben. Der Kreis konnte so 8 Fürsorgestellen errichten! Wäre er auf öffentliche Mittel angewiesen gewesen, so hätte nichts geleistet werden können! Der große Erfolg ist der gemeinsamen, verständnisvollen Führung durch Landrat und Kreisarzt zu danken. Die Wohlfahrtspflege im Kreise ist damit auf eine feste Grundlage gestellt, von der aus ihre sämtlichen anderen Zweige sich weiter entwickeln werden.

In der anschließenden Erörterung betont Reg.- und Med.-Rat Dr. Willführ das Glückliche und Vorbildliche des hier gewählten Vorgehens. Ganz besonders die kleine örtliche Presse eigne sich für die Belehrung der breiten Masse des Volkes, wie sie hier in mustergiltiger Weise geschehen sei, vortrefflich und dieses Mittel würde noch viel zu wenig benutzt. Hinsichtlich des unentgeltlichen Verfahrens von Ueberschichten sei mit der Gefahr der Politisierung der Wohlfahrtsbestrebungen zu rechnen. Die Tuberkulose sei aber nicht nur eine Krankheit sozialdemokratischer Arbeiter, sondern auch vor allem des kleinen Mittelstandes. Kreisarzt Dr. Brieger gibt diese Ge-

fahr zu, glaubt aber, ihr hinreichend begegnen zu können. Jedenfalls sei es besser, daß auf diese Weise Mittel flüssig gemacht würden, als daß gar nichts geschehe. Die Kreisärzte Meyer-Grünberg und Sauberzweig-Görlitz berichten, daß die Arbeiter in ihren Kreisen versuchten, die Tuberkulosefürsorge zu politisieren, beide traten dem auf das bestimmteste entgegen. Reg.-Präsident Büchting bemängelt, daß die Arbeiter noch nicht genügend zu der Leitung dieses Zweiges der Wohlfahrtspflege herangezogen würden. Dies sei das beste Mittel, um sie von unangebrachten Politisierungsversuchen zurückzuhalten.

Der Reg.-Präsident dankte zum Schluß den Berichterstattern für die sorgfältige Vorbereitung ihrer Vorträge und sämtlichen Teilnehmern für die rege Aufmerksamkeit, mit der sie an den Verhandlungen teilnahmen.

Tagesnachrichten.

Erhöhung der Teuerungszuschläge zu den Beamtengehältern. Die in den letzten Tagen des August unter dem Vorsitz des Reichsministers stattgefundenen Verhandlungen der Reichsregierung mit den Vertretern der Spitzenorganisationen der Beamten, Angestellten und Arbeiter haben schließlich zu einer Einigung geführt. Danach soll der Teuerungszuschlag zum Grundgehalt und Ortszuschlag für die planmäßigen Beamten künftighin für die Orte der Ortsklasse A: 93 %, B: 91 %, C: 89 %, D: 87 % und E: 85 % betragen. Die männlichen außerplanmäßigen Beamten sollen einen Teuerungszuschlag in der Höhe erhalten, daß ihr Diensteinkommen nebst Teuerungszuschlag das Diensteinkommen nebst Teuerungszuschlag eines planmäßigen Beamten der ersten Besoldungsstufe ihrer Eingangsgruppe erreicht. Ferner sind die Teuerungszuschläge zu den Kinderzuschlägen in den Orten der Ortsklasse A auf 200 %, B und C auf 175 % und D und E auf 150 % festgesetzt. Die Erhöhung dieser Teuerungszuschläge soll vom 1. August gewährt werden. Es ist wohl mit Sicherheit anzunehmen, daß auch in allen deutschen Einzelstaaten eine gleiche Erhöhung der Teuerungszuschläge für die Beamten erfolgen wird.

Zur Frage der Amtsbezeichnungen der preußischen Medizinalbeamten. Die wirtschaftliche Vereinigung der Groß-Berliner Kreis- und Gerichtsärzte in Berlin hatte unter dem 28. Juni d. J. bei dem Herrn Minister für Volkswohlfahrt folgenden Antrag gestellt:

„Der Berufsverein höherer Verwaltungsbeamten hat in seinen Vorschlägen betr. Feststellung neuer Amtsbezeichnungen für die Kreisärzte der Besoldungsgruppe X und XI die Amtsbezeichnungen „Regierungs- und Medizinalrat" vorgeschlagen. Dieser Vorschlag entspricht nicht dem Wunsche der Medizinalbeamten der Lokalinstanz. Sie legen besonderen Wert darauf, daß die der 11. Besoldungsgruppe angehörigen Kreisärzte als solche auch durch ihre Amtsbezeichnung kenntlich sind. Demgemäß bitten wir, den Kreis- und Gerichtsärzten der 10. Gruppe die Amtsbezeichnung „Regierungs- und Medizinalrat", denjenigen der 11. Gruppe die Amtsbezeichnung „Regierungs- und Obermedizinalrat" beizulegen. Sollten sich Schwierigkeiten wegen der Gleichartigkeit dieser Amtsbezeichnungen mit denen der Fachreferenten bei den Regierungen ergeben, so wird vorgeschlagen, den Kreis- und Gerichtsärzten der 10. Gruppe die Amtsbezeichnung „Kreisarzt (bezw. Gerichtsarzt) und Medizinalrat", den entsprechenden Beamten der Gruppe 11 die Amtsbezeichnung „Kreisarzt (Gerichtsarzt) und Obermedizinalrat" beizulegen."

Auf diesen Antrag hat der Herr Minister für Volkswohlfahrt unter dem 6. August d. J. folgenden Bescheid erteilt:

„Anträge in Standesangelegenheiten der Medizinalbeamten ersuche ich künftig durch den Vorstand des Preußischen Medizinalbeamtenvereins einzureichen. Diesem wird dadurch Gelegenheit gegeben, sich zur Sache zu äußern, die übrigen Bezirksvereine zu hören und auf diese Weise eine wirksame Förderung eintreten zu lassen. Auch kann es nur im Interesse der Gesamtorganisation liegen, wenn die einzelnen Bezirksvereine nicht unmittelbar mit den Zentralbehörden verhandeln."

Abschrift von diesem Bestande ist dem Vorstande des Preußischen Medizinalbeamtenvereins zur gefälligen Kenntnis übersandt.

Im Interesse der Einheitlichkeit aller Bestrebungen der Medizinalbeamten kann man sich mit diesem Bescheid nur einverstanden erklären. Interessant ist, daß sich hiernach der Berufsverein höherer Verwaltungsbeamten gemüßigt gesehen hat, in dieser Angelegenheit einen Vorschlag zu machen, der aber nicht einmal den Beifall der Berliner Kollegen gefunden hat. Unseres Erachtens ist der vom Vorstande unseres Medizinalbeamtenvereins in dieser Frage eingenommene Standpunkt: Für die Reg.- und Med.-Räte die Amtsbezeichnung „Oberregierungsrat", für die Kreisärzte die Amtsbezeichnung „Kreisarzt und Medizinalrat" (Gruppe 10) und „Kreisarzt und Obermedizinalrat" (Besoldungsgruppe 11) der einzig richtige; er entspricht nicht nur am besten ihrer amtlichen Stellung, sondern auch, soweit dem Herausgeber bekannt ist, den Wünschen der großen Mehrzahl der Medizinalbeamten, die weder etwas von der Amtsbezeichnung „Kreismedizinalrat", noch von derjenigen „Regierungs- und Medizinalrat" etwas wissen wollen.

Dies stimmt auch mit dem Ergebnis einer von dem Medizinalbeamtenverein des Reg.-Bez. Arnsberg in der letzten Woche des August dieserhalb veranlaßten Umfrage überein. Danach sind abgegeben betreffs der Amtsbezeichnung a. der Regierungs- und Medizinalräte: 32 Stimmen für „Oberregierungsrat" und 1 St. für „Ob-Reg.- und Med.-Rat", b. der Kreisärzte: 22 Stimmen für „Kreisarzt und Med.-Rat", bezw. „Obermedinalrat", 12 St. für „Reg.- und Med.-Rat, bezw. Obermedizinalrat" und 5 St. für „Regierungsarzt und Med.-Rat, c. der Kreisassistenzärzte: 27 Stimmen für „Medizinalassessor" und 3 für Kreisassistenzarzt.

Der Vorstand des Preußischen Medizinalbeamtenvereins hatte den Herrn Minister für Volkswohlfahrt unter dem 23. Juni d. J. gebeten, ihm den **Gesetzentwurf über die Verhängung von Dienststrafen** zur Aeußerung zu übersenden. Auf diesen Antrag hat er unter dem 11. August d. J. folgenden Bescheid erhalten:

„Der Entwurf zu einem Gesetz über die Verhängung von Dienststrafen gegen Beamte ist bisher nur ein vorläufiger. Die von Ihnen gegebene Anregung erscheint verfrüht.

Ich stelle ergebenst anheim, noch einmal vorstellig zu werden, wenn der Entwurf zum Gesetz erhoben werden sollte, damit die dortseitige Anregung bei der Ausarbeitung der Ausführungsbestimmungen in Erwägung gezogen werden könne."

Zu der am 9. September d. J. in Nürnberg stattfindenden **Sitzung des erweiterten Vorstandes des Preußischen Medizinalbeamtenvereins** sind als Vertreter gewählt: für Ost- und Westpreußen: Geh. Med.-Rat Dr. Forstreuter, Kreisarzt in Königsberg i. Pr., für Großberlin: Med.-Rat Dr. Rogowski, Kreisarzt in Berlin-Nikolasee, für Brandenburg: Kreisarzt Dr. Mantey in Belzig, für Oberschlesien: Med.-Rat Dr. Kley, Kreisarzt in Kreuzburg O.-Schl., für Sachsen: Med.-Rat Dr. Kluge, Kreisarzt in Wolmirstedt, für Hannover: Geh. Med.-Rat Dr. Meyer in Göttingen, für Westfalen: Kreisarzt Dr. Wollenweber in Dortmund, für Hessen-Nassau: Geh. Med.-Rat Dr. Rockwitz, Reg.- u. Med.-Rat in Kassel. Für Pommern, Schlesien und die Rheinprovinz ist noch keine Wahl erfolgt.

Nach einem Erlaß des Bayerischen Staatsministeriums des Innern können die **Bezirksärzte**, die an der diesjährigen **Tagung des Deutschen und Bayerischen Medizinalbeamtenvereins in Nürnberg** teilnehmen, **Tagegelder und Reisekosten** auf die Bauschsumme für die Kosten auswärtiger Dienstgeschäfte verrechnen. Ebenso werden die Tagegelder und Reisekosten für die an der Tagung teilnehmenden Landgerichtsärzte aus Staatsmitteln bestritten. Hoffentlich folgen die Staatsregierungen der übrigen deutschen Länder noch nachträglich diesem nachahmenswerten Beispiele.

Beilage: „Rechtsprechung und Medizinalgesetzgebung" erscheint diesmal nicht.

Hauptversammlung des Deutschen, Preuss. u. Bayerischen Medizinalbeamtenvereins in Nürnberg am 10. u. 11. Sept.

I. Gemeinsame Tagung.

Freitag, den 9. September, 8 Uhr abends: **Begrüßungsabend** mit Damen im Künstlerhause am Bahnhof (Erdgeschoß).

Samstag, den 10. September, 9 Uhr vormittags: Sitzung im Künstlerhause.

1. **Geschäfts- und Kassenbricht.**
2. **Bericht über die Entwürfe zu einem Deutschen Strafgesetzbuche** (Entwurf der Strafrechtskommission 1913 und Entwurf 1919 a) vom Standpunkt des Irrenarztes, b) von dem des Gerichtsarztes. Berichterstatter: a) Geh. Med.-Rat Prof. Dr. Schultze-Göttingen und b) Prof. Dr. Lochte-Göttingen.
3. **Die einheitliche Gestaltung der staatsärztlichen Prüfung im Deutschen Reich.** Berichterstatter: Geh. Ob.-Med.-Rat Prof. Dr. Abel-Jena und Geh. Med.-Rat Prof. Dr. Strassmann-Berlin.
4. **Vorstandswahl und Bericht der Rechnungsprüfer.**

8 Uhr abends: Zwangloses **gemeinschaftliches Essen** mit Damen im Künstlerhause.

Sonntag, den 11. September, 10 Uhr vormittags: Sitzung im Künstlerhause.

1. **Die Vereinheitlichung der Seuchenbekämpfung im Deutschen Reiche.** Berichterstatter: Prof. Dr. Rimpau-München.
2. **Die bisherigen Leistungen der öffentlichen Gesundheitspflege und der Medizinalverwaltung in dem Deutschen Reiche und in den Einzelstaaten nach dem Kriege und ihre Aufgaben für die Zukunft.** Berichterstatter: Kreisarzt Med.-Rat Dr. Bundt-Halle a. S.

3 Uhr nachmittags: Zwangloses **gemeinschaftliches Essen** im Künstlerhause.

8 Uhr abends: Teilnahme mit Damen am Begrüßungsabend des Deutschen Vereins für öffentliche Gesundheitspflege.

II. XXXII. Hauptversammlung des Preußischen Medizinalbeamtenvereins:

Samstag, den 10. September, 5 Uhr nachm., im Künstlerhause:

1. **Geschäfts- und Kassenbericht.** Im Anschluß hieran **freie Aussprache über die amtliche Stellung und wirtschaftliche Lage der preußischen Medizinalbeamten.** 2. **Anträge auf Änderung der Satzungen.** 3. **Vorstandswahl und Bericht der Rechnungsprüfer.**

Im Anschluß an diese Sondersitzung: **Generalversammlung der Jubiläumsstiftung des Vereins:**

1. **Geschäfts- und Kassenbericht.** 2. **Vorstandswahl.**

III. XV. Hauptversammlung des Bayerischen Medizinalbeamtenvereins.

Samstag, den 11. September, 5 Uhr nachm. im Künstlerhause·

1. **Tätigkeitsbericht der Vorstandschaft.** 2. **Rechenschaftsbericht des Kassenwarts.** 3. **Besoldungsordnung u. einschlägige Fragen.** 4. **Satzungsänderung.** 5. **Wünsche und Anträge.**

Verantwortlich für die Schriftleitung: Prof. Dr. Rapmund, Geh. Med.-Rat in Lippspringe.
Druck von J. C. C. Bruns, Minden i. W.

34. Jahrg. Nr. 18 20. Sept. 1921.

ZEITSCHRIFT FÜR MEDIZINALBEAMTE

Zentralblatt

für das gesamte Gebiet der gerichtlichen Medizin und Psychiatrie, des staatlichen und privaten Versicherungswesens, sowie für das Medizinal- und öffentliche Gesundheitswesen, einschl. der praktischen und sozialen Hygiene.

Herausgegeben von

Prof. Dr. Otto Rapmund
Geh. Med.-Rat in Bad Lippspringe.

Offizielles Organ des Deutschen, Preussischen, Bayerischen, Sächsischen, Württembergischen, Badischen, Hessischen, Mecklenburgischen, Thüringischen und Braunschweigischen Medizinalbeamtenvereins.

Eine Beilage: Rechtsprechung und Medizinalgesetzgebung

Bezugspreis für das Jahr: 30 M, durch die Post bezogen: 32 M.

VERLAG VON FISCHER'S MEDIZ. BUCHHANDLUNG H. KORNFELD,
Berlin W. 62, Keithstraße 5.

Die **Ostdeutsche Sozi**
im kommenden Winterhalbj
Kommunal-, Schul- und Für
faßt die grundlegenden G
Gesundheits- und Krankenfür
und Aerztlichen Standesorg
neue Prüfungsordnung für
durch das Ministerium für
zwei Hälften, die auch un
Kreisärzte außerdem notw
logischer Anatomie und
Kurses gehört werden.
tariat der Ostdeu
Hygienisches Instit

An der **Westdeut**
beginnt am 19. Septem
sorge, am 26. Septem
Kleinkinderfürsor
über das Gesamtg
Kreisarztanwärter, Kre
dieses viermonatigen
Kreisärzte vom 8. Feb
Volkswohlfahrt vom
bei Anstellung ihrer K
viermonatigen Kurs
Teilnehmerzahl in all
deshalb notwendig.
und bemüht sich
billiger Wohnungen
Akademie, Düs

Bei Geleger
reise nach den
sämtliche Teilneh
wirtschaftlichen
dortigen Aerzte
druck gewonnen
Einreise oder
des besetzten
Balneologi
Prof. Dr. Die
auch im Int
geeigneten F
Bäder und K
die vielfach
richtig gest
Rheinlandes

In
S. 305)
wichtig



20. Sept. 1921.

FÜR

Deutscher M[illegible]
XL. Haupt[illegible]
Preussischer M[illegible]
XXXII Haupt[illegible]
Bayerischer M[illegible]
XV. Landes[illegible]
Gemeinsame [illegible]

ALBEAMTE

[illegible]tralblatt

[illegible]chtlichen Medizin und Psychiatrie, des staat-[illegible]ungswesens, sowie für das Medizinal- und [illegible] einschl. der praktischen und sozialen Hygiene.

Herausgegeben von

Dr. Otto Rapmund

[illegible]-Rat in Bad Lippspringe.

[illegible]schen, Preussischen, Bayerischen, Sächsischen, [illegible]chen, Hessischen, Mecklenburgischen, Thüringischen [illegible]chweigischen Medizinalbeamtenvereins.

[illegible]sprechung und Medizinalgesetzgebung

[illegible] das Jahr: 30 M. durch die Post bezogen: 32 M.

[illegible]CHER'S MEDIZ. BUCHHANDLUNG H. KORNFELD, Berlin W. 62, Keithstraße 5.

INHALT.

Der heutigen Nummer liegt ein Prospekt von **J. F. Lehmanns Verlag, München SW 2, Paul-Heyse-Straße 26**, betr. **„Der Fürsorgearzt“** von Dr. Spaet-München und andere **Schriften**, bei, auf den wir besonders aufmerksam machen.

Geschäftsstelle und Versand für die Mitglieder des Medizinalbeamtenvereins durch J. C. C. BRUNS, Buchdruckerei, MINDEN i. WESTF.

Alleinige Anzeigen-Annahme und verantwortlich für den Anzeigenteil: HANS PUSCH, BERLIN SW. 48, Wilhelmstraße 28.

Personalien.

Deutsches Reich und Preussen.

Ernannt: Die Kreisassistenzärzte Dr. Heinecke zum Kreisarzt in Wipperfürth, Dr. Siebert zum Kreisarzt in Labes (Kreis Regenwalde) und Dr. Basten in Cöln zum Kreisarzt in Bonn, der frühere Privatdozent Dr. Teleky (früher in Wien) zum Landesgewerbearzt in Düsseldorf, Kreisassistenzarzt Dr. Groß in Marienburg (Westpreußen) zum Kreisarzt daselbst; Kreisassistenzarzt Dr. Lange in Waldenburg zum kommiss. Kreisarzt in Rosenberg (Ober-Schlesien), Prof. Dr. Uhlenhuth, Direktor des v. Behringschen Instituts für experiment. Therapie in Marburg zum ord. Honorarprofessor an der dortigen Universität, Marinestabsarzt a. D. Dr. Hammer zum Kreisassistenzarzt in Eisleben.

Versetzt: Kreisarzt Dr. Speiser in Labes als ständiger Hilfsarbeiter an die Regierung in Königsberg, Kreisarzt Dr. Bodenstein in Rosenber (Ob.-Schles.) nach Schlawe (Pommern). (Fortsetzung auf der vorletzten Seite des Umschlags.)

34. Jahrg. **Zeitschrift** 1921.

für

MEDIZINALBEAMTE

Zentralblatt

für das gesamte Gebiet der gerichtlichen Medizin und Psychiatrie, des staatlichen u. privaten Versicherungswesens, sowie für das Medizinal- u. öffentliche Gesundheitswesen, einschl. der prakt. u. sozialen Hygiene

Herausgegeben
von

Prof. Dr. Otto Rapmund
Geh. Med.-Rat in Bad Lippspringe.

Offizielles Organ d. Deutschen, Preußischen, Bayerischen, Sächsischen, Württembergischen, Badischen, Hessischen, Mecklenburgischen, Thüringischen u. Braunschweigischen Medizinalbeamtenvereins

Verlag von Fischer's med. Buchhandlung H. Kornfeld
Herzogl. Bayer. Hof- u. K. u. K. Kammer-Buchhändler
Berlin W. 62, Keithstrasse 5

Nr. 18.	Erscheint am 5. und 20. jeden Monats	20. Sept.

Kritische Bemerkungen zur neuen preussischen Desinfektionsordnung.

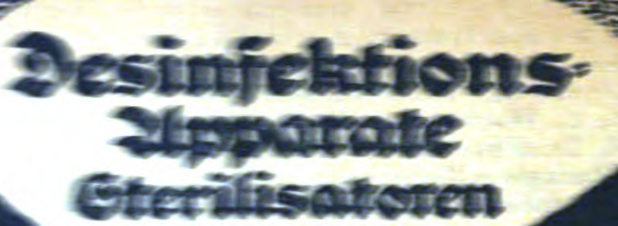
Von Prof. C. Flügge-Berlin.

In dem Erlaß vom 8. Februar 1921, durch den das Wohlfahrtsministerium neue Desinfektionsvorschriften bekannt gibt, sind diese damit begründet,

„daß die bisher gültige Desinfektionsanweisung . . ., dem damaligen Stande der Wissenschaft entsprechend, mehr die Schlußdesinfektion als die laufende Desinfektion während der Krankheit berücksichtigte. In den letzten Jahren hat aber die letztere immer mehr an Bedeutung gewonnen. Infolgedessen ist eine Neubearbeitung der Desinfektionsvorschriften notwendig geworden."

In zahlreichen Besprechungen der neuen Vorschriften sind auch Aerzte und besonders Kreisärzte dieser Begründung der Notwendigkeit neuer Vorschriften beigetreten und haben hervorgehoben, daß in der Tat die Desinfektion am Krankenbett schon im Hinblick auf die ungleich größere Menge von Erregern, die während der Krankheit ausgeschieden werden, viel wichtiger sei als die Schlußdesinfektion, und daß es entschieden an der Zeit war, die in der alten Desinfektionsordnung zu wenig





Desinfektions-
Apparate
Sterilisatoren

34. Jahrg. Zeitschrift 1921.

für

MEDIZINALBEAMTE

Zentralblatt

für das gesamte Gebiet der gerichtlichen Medizin und Psychiatrie, des staatlichen u. privaten Versicherungswesens sowie für das Medizinal- u. öffentliche Gesundheitswesen, einschl. der prakt. u. sozialen Hygiene

Herausgegeben von

Prof. Dr. Otto Rapmund

Geh. Med.-Rat in Bad Lippspringe.

Offizielles Organ d. Deutschen, Preußischen, Bayerischen, Sächsischen, Württembergischen, Badischen, Hessischen, Mecklenburgischen, Thüringischen u. Braunschweigischen Medizinalbeamtenvereins

Verlag von Fischer's med. Buchhandlung H. Kornfeld

Herzogl. Bayer. Hof- u. K. u. K. Kammer-Buchhändler

Berlin W. 62, Keithstrasse 5

Nr. 18. Erscheint am 5. und 20. jeden Monats 20. Sept.

Kritische Bemerkungen zur neuen preussischen Desinfektionsordnung.

Von Prof. C. Flügge-Berlin.

In dem Erlaß vom 8. Februar 1921, durch den das Wohlfahrtsministerium neue Desinfektionsvorschriften [illegible] sind diese damit begründet,

„daß die bisher gültige Desinfektionsanweisung [illegible] Stande der Wissenschaft entsprechend, mehr [illegible] laufende Desinfektion während der Krankheit [illegible] Jahren hat aber die letztere immer mehr [illegible] dessen ist eine Neubearbeitung der Desinfektionsanweisung [illegible] worden.“

In zahlreichen Besprechungen [illegible] auch Aerzte und besonders [illegible] Notwendigkeit neuer Vorschriften [illegible] geh[illegible] der Tat [illegible] auf die [illegible]

berücksichtigte laufende Desinfektion viel stärker in den Vordergrund zu rücken.

Ich glaube, daß diese Begründung in verschiedenen Punkten geeignet ist, Mißverständnisse hervorzurufen und die Vorteile und Nachteile der neuen Ordnung in falsches Licht zu setzen.

I.

Zunächst kann ich nicht zugeben, daß die Wichtigkeit der laufenden Desinfektion in der früheren Desinfektionsordnung unterschätzt ist. In dem preußischen Gesetz von 1905 und in den dazu gehörigen Ausführungsbestimmungen ist die laufende Desinfektion vorangestellt und es ist ausdrücklichst hinzugefügt:

„Die Desinfektion am Krankenbett ist von ganz besonderer Wichtigkeit. Es ist deshalb in jedem Falle anzuordnen, daß womöglich vom Beginn der Erkrankung an bis zu ihrer Beendigung alle Ausscheidungen des Kranken .... fortlaufend desinfiziert werden."

Und in § 31 der „Anweisung" heißt es:

„Es ist regelmäßig anzuordnen und darüber zu wachen, daß nicht nur nach der Genesung des Kranken ...., sondern daß während der ganzen Dauer der Krankheit die Vorschriften der Desinfektionsanweisung peinlich befolgt werden. Es ist Aufgabe der Polizeibehörden sowie der beamteten Aerzte, die Bevölkerung hierauf bei jeder sich darbietenden Gelegenheit hinzuweisen."

Die Bewertung der laufenden Desinfektion ist demnach auch in den früheren Vorschriften eine sehr hohe gewesen. Aber wir sind uns von jeher bewußt gewesen, daß der Durchführung dieser Vorschriften unter Umständen große Schwierigkeiten entgegenstehen. Eine zuverlässige Desinfektion am Krankenbett setzt geschultes Pflegepersonal voraus. Ist ein solches vorhanden, dann waren bisher die Bestimmungen des § 22 maßgebend, der die Isolierung, die Kleidung und Desinfektion des berufsmäßigen Pflegepersonals regelt. Fehlt aber besonderes Pflegepersonal und müssen die Kranken von den gleichzeitig anderweit in Anspruch genommenen Angehörigen verpflegt werden, dann war bisher nach § 18 „nach Möglichkeit dafür zu sorgen, daß der Kranke sich in ein geeignetes Krankenhaus überführen läßt".

Die neue Desinfektionsordnung verlangt ebenfalls, „daß die laufende Desinfektion wenn möglich von einer in einer staatlichen Desinfektorenschule in der Desinfektion ausgebildeten Pflegeperson durchgeführt wird".

Bisher stehen also alte und neue Ordnung auf dem gleichen Standpunkt. Dann aber gehen sie auseinander. Durch die früheren Bestimmungen wird die große Zahl jener Fälle ungenügend berücksichtigt, wo kein besonderes geschultes Pflegepersonal zur Verfügung steht, und wo auch eine Ueberführung ins Krankenhaus abgelehnt wird. Den Angehörigen, denen in solchen Fällen die laufende Desinfektion obliegt, kann nur selten eine sachgemäße Durchführung zugetraut werden.

Die neuen Bestimmungen bringen nun zu diesem in der alten Desinfektionsordnung nicht weiter berücksichtigten Punkte

eine wichtige Ergänzung: sie schreiben vor, daß da, wo eine in der Desinfektion ausgebildete Pflegeperson nicht dauernd am Krankenbett tätig sein kann, „die laufende Desinfektion von einer in einer staatlichen Desinfektorenschule ausgebildeten Pflegerin (Desinfektions-, Seuchen-, Fürsorgeschwester) oder, wo auch dies nicht möglich ist, von einem staatlich geprüften Desinfektor dauernd und regelmäßig überwacht werden muß".

Diese Neuerung bedeutet zweifellos einen erheblichen Fortschritt für die Durchführung der laufenden Desinfektion.

II.

Eine ganz andere Frage ist es, ob die Bedeutung der laufenden Desinfektion gegenüber der Schlußdesinfektion sich in den letzten Jahren zugunsten der ersteren verschoben hat, und ob etwa auf Grund der besser gesicherten Durchführung der laufenden Desinfektion die Schlußdesinfektion stark eingeschränkt oder gar fortgelassen werden kann. Bei der bisherigen Beantwortung dieser Frage sind offenbar andere Mittel der Seuchenbekämpfung, die neben der Desinfektion für eine Einschränkung der Weiterverbreitung der Krankheit vom Kranken aus von großer Bedeutung sind, vielfach nicht ausreichend berücksichtigt.

Vor allem wird übersehen, daß während der Krankheit infolge der vorgeschriebenen Absperrung des Kranken die Gefahr einer Ausbreitung sehr viel geringer ist, als nach der Schlußdesinfektion und nach Aufhebung der Sperre. Ohne diese Absperrung ist auch die laufende Desinfektion relativ machtlos. Wenn freier Verkehr empfänglicher Menschen mit dem Kranken und seinen Gebrauchsgegenständen bestehen bleibt, ist es völlig unmöglich, die ausgeschiedenen Erreger fortdauernd so rasch und gründlich zu vernichten, daß ernstliche Gefährdung ausgeschlossen bleibt. Man frage intelligente Pflegerinnen oder Mütter, ob sie es für möglich halten, z. B. bei der Pflege eines unruhigen Kindes, das sich fortgesetzt in den Mund faßt, ausspuckt, hustet, schreit usw., die Tag und Nacht oft unbemerkt erfolgenden Ausscheidungen so sicher unschädlich zu machen, daß empfängliche Gesunde, die mit dem Kranken verkehren, keiner Uebertragung ausgesetzt sind. Das wird sich fast niemals erreichen lassen.

Erst dadurch, daß nur die Pflegerin zum Kranken Zutritt, daß sie mit ihm abgesperrt wird, daß der Kranke sein besonderes Eß- und Trinkgeschirr, Wäsche und dergl. erhält, die im Krankenzimmer verbleiben, läßt sich die Uebertragungsgefahr während der Krankheit erheblich herabdrücken. Es kommt hinzu, daß zur Pflegerin in der Regel eine unempfängliche oder wenig empfängliche Person (Erwachsene bei Diphtherie, durch Ueberstehen der Krankheit oder Schutzimpfung Geschützte bei Pocken, Typhus usw.) ausgewählt wird. Mindestens ist aber die berufsmäßige bezw. die durch die Desinfektions-

3. Besoldungsordn
4. Satzungsänder
5. Wünsche und

8 Uhr abends: Zwanglo
im Künstlerhause.

Zweite

Sonntag, den 11. Sep
im Künstlerhause.

1. Die Vereinh
Deutschen
München.
(Nach der

2. Die bisher
heitspfleg
Deutsche
dem Kri
Berichter

3 Uhr nachmi
im Künstlerhause.

8 Uhr abends
des Deutschen Ve
und 13. September i
Nürnberg; im groß

So

Samstag,
4½ Uhr nachm

Sonntag
manische M
vormittags, Kü

Hotel Bamb
" Deu
" Deu
" Föt
" Kö
Palast-H
Hotel R
" V
" V
"
"

mit
da
üb

von diesem Bestande ist dem
vereins zur gefälligen Kenntnis
der Einheitlichkeit aller
mit diesem Bescheid nur einv
nach der Berufsverein höherer
dieser Angelegenheit einen
den Beifall der Berliner Kollegen
vom Vorstande unseres Medizin
Standpunkt: Für die Reg.- und
egierungsrat", für die Kreis
und Medizinalrat" (Gruppe
inalrat" (Besoldungsgruppe 11)
nur am besten ihrer amtlichen
geber bekannt ist, den Wünschen der
weder etwas von der Amtsbezeichnung
gen „Regierungs- und Medizinalrat"
stimmt auch mit dem Ergebnis einer
Reg.-Bez. Arnsberg in der letzten
Umfrage überein. Danach sind
ung a. der Regierungs- und
regierungsrat" und 1 St. für „Ob
zte: 22 Stimmen für „Kreisarzt und
rat", 12 St. für „Reg.- und Med.-Rat,
„Regierungsarzt und Med.-Rat, c. der
men für „Medizinalassessor" und 3 für

Der Vorstand des Preußischen Medi
en Herrn Minister für Volkswohlfahrt unter
zentwurf über die Verhängung von Dien
. Auf diesen Antrag hat er unter dem
erhalten:

Der Entwurf zu einem Gesetz über die
eamte ist bisher nur ein vorläufiger.
erscheint verfrüht.

Ich stelle ergebenst anheim, noch einmal
rf zum Gesetz erhoben werden sollte, damit
eitung der Ausführungsbestimmungen in

Zu der am 9. September d. J. in Nürn
erweiterten Vorstandes des Preußischen
Vertreter gewählt: für Ost- und Westpreuß
ter, Kreisarzt in Königsberg i. Pr., für
wski, Kreisarzt in Berlin-Nikolassee, für
. Mantey in Belzig, für Oberschlesien:
Kreuzburg O.-Schl., für Sachsen: Med
Wolmirstedt, für Hannover: Geh. Med.-Rat
Westfalen: Kreisarzt Dr. Wollenweber
Nassau: Geh. Med.-Rat Dr. Rockwitz,
Pommern, Schlesien und die Rheinprovinz ist

Nach einem Erlaß des Bayerischen
Innern können die Bezirksärzte, die an der
schen und Bayerischen Medizinalbeamten
Tagegelder und Reisekosten auf die
auswärtiger Dienstgeschäfte verrech
gelder und Reisekosten für die an der Tagung
ärzte aus Staatsmitteln bestritten. Hoffentlich
der übrigen deutschen Länder noch nachträglich
Beispiele.

Beilage: „Rechtsprechung und Medizinalgesetzgebung

fahr zu, glaubt aber, ihr hinreichend begegnen zu können. Jedenfalls sei es besser, daß auf diese Weise Mittel flüssig gemacht würden, als daß gar nichts geschehe. Die Kreisärzte Meyer-Grünberg und Sauberzweig-Görlitz berichten, daß die Arbeiter in ihren Kreisen versuchten, die Tuberkulosefürsorge zu politisieren, beide traten dem auf das bestimmteste entgegen. Reg.-Präsident Büchting bemängelt, daß die Arbeiter noch nicht genügend zu der Leitung dieses Zweiges der Wohlfahrtspflege herangezogen würden. Dies sei das beste Mittel, um sie von unangebrachten Politisierungsversuchen zurückzuhalten.

Der Reg.-Präsident dankte zum Schluß den Berichterstattern für die sorgfältige Vorbereitung ihrer Vorträge und sämtlichen Teilnehmern für die rege Aufmerksamkeit, mit der sie an den Verhandlungen teilnahmen.

Tagesnachrichten.

Erhöhung der Teuerungszuschläge zu den Beamtengehältern. Die in den letzten Tagen des August unter dem Vorsitz des Reichsministers stattgefundenen Verhandlungen der Reichsregierung mit den Vertretern der Spitzenorganisationen der Beamten, Angestellten und Arbeiter haben schließlich zu einer Einigung geführt. Danach soll der Teuerungszuschlag zum Grundgehalt und Ortszuschlag für die planmäßigen Beamten künftighin für die Orte der Ortsklasse A: 93 %, B: 91 %, C: 89 %, D: 87 % und E: 85 % betragen. Die männlichen außerplanmäßigen Beamten sollen einen Teuerungszuschlag in der Höhe erhalten, daß ihr Diensteinkommen nebst Teuerungszuschlag das Diensteinkommen nebst Teuerungszuschlag eines planmäßigen Beamten der ersten Besoldungsstufe ihrer Eingangsgruppe erreicht. Ferner sind die Teuerungszuschläge zu den Kinderzuschlägen in den Orten der Ortsklasse A auf 200 %, B und C auf 175 % und D und E auf 150 % festgesetzt. Die Erhöhung dieser Teuerungszuschläge soll vom 1. August gewährt werden. Es ist wohl mit Sicherheit anzunehmen, daß auch in allen deutschen Einzelstaaten eine gleiche Erhöhung der Teuerungszuschläge für die Beamten erfolgen wird.

Zur Frage der Amtsbezeichnungen der preußischen Medizinalbeamten. Die wirtschaftliche Vereinigung der Groß-Berliner Kreis- und Gerichtsärzte in Berlin hatte unter dem 28. Juni d. J. bei dem Herrn Minister für Volkswohlfahrt folgenden Antrag gestellt:

„Der Berufsverein höherer Verwaltungsbeamten hat in seinen Vorschlägen betr. Feststellung neuer Amtsbezeichnungen für die Kreisärzte der Besoldungsgruppe X und XI die Amtsbezeichnungen „Regierungs- und Medizinalrat" vorgeschlagen. Dieser Vorschlag entspricht nicht dem Wunsche der Medizinalbeamten der Lokalinstanz. Sie legen besonderen Wert darauf, daß die der 11. Besoldungsgruppe angehörigen Kreisärzte als solche auch durch ihre Amtsbezeichnung kenntlich sind. Demgemäß bitten wir, den Kreis- und Gerichtsärzten der 10. Gruppe die Amtsbezeichnung „Regierungs- und Medizinalrat", denjenigen der 11. Gruppe die Amtsbezeichnung „Regierungs- und Obermedizinalrat" beizulegen. Sollten sich Schwierigkeiten wegen der Gleichartigkeit dieser Amtsbezeichnungen mit denen der Fachreferenten bei den Regierungen ergeben, so wird vorgeschlagen, den Kreis- und Gerichtsärzten der 10. Gruppe die Amtsbezeichnung „Kreisarzt (bezw. Gerichtsarzt) und Medizinalrat", den entsprechenden Beamten der Gruppe 11 die Amtsbezeichnung „Kreisarzt (Gerichtsarzt) und Obermedizinalrat" beizulegen."

Auf diesen Antrag hat der Herr Minister für Volkswohlfahrt unter dem 6. August d. J. folgenden Bescheid erteilt:

„Anträge in Standesangelegenheiten der Medizinalbeamten ersuche ich künftig durch den Vorstand des Preußischen Medizinalbeamtenvereins einzureichen. Diesem wird dadurch Gelegenheit gegeben, sich zur Sache zu äußern, die übrigen Bezirksvereine zu hören und auf diese Weise eine wirksame Förderung eintreten zu lassen. Auch kann es nur im Interesse der Gesamtorganisation liegen, wenn die einzelnen Bezirksvereine nicht unmittelbar mit den Zentralbehörden verhandeln."

Abschrift von diesem Bestande ist dem Vorstande des Preußischen Medizinalbeamtenvereins zur gefälligen Kenntnis übersandt.

Im Interesse der Einheitlichkeit aller Bestrebungen der Medizinalbeamten kann man sich mit diesem Bescheid nur einverstanden erklären. Interessant ist, daß sich hiernach der Berufsverein höherer Verwaltungsbeamten gemüßigt gesehen hat, in dieser Angelegenheit einen Vorschlag zu machen, der aber nicht einmal den Beifall der Berliner Kollegen gefunden hat. Unseres Erachtens ist der vom Vorstande unseres Medizinalbeamtenvereins in dieser Frage eingenommene Standpunkt: Für die Reg.- und Med.-Räte die Amtsbezeichnung „Oberregierungsrat", für die Kreisärzte die Amtsbezeichnung „Kreisarzt und Medizinalrat" (Gruppe 10) und „Kreisarzt und Obermedizinalrat" (Besoldungsgruppe 11) der einzig richtige; er entspricht nicht nur am besten ihrer amtlichen Stellung, sondern auch, soweit dem Herausgeber bekannt ist, den Wünschen der großen Mehrzahl der Medizinalbeamten, die weder etwas von der Amtsbezeichnung „Kreismedizinalrat", noch von derjenigen „Regierungs- und Medizinalrat" etwas wissen wollen.

Dies stimmt auch mit dem Ergebnis einer von dem Medizinalbeamtenverein des Reg.-Bez. Arnsberg in der letzten Woche des August dieserhalb veranlaßten Umfrage überein. Danach sind abgegeben betreffs der Amtsbezeichnung a. der Regierungs- und Medizinalräte: 32 Stimmen für „Oberregierungsrat" und 1 St. für „Ob-Reg.- und Med.-Rat", b. der Kreisärzte: 22 Stimmen für „Kreisarzt und Med.-Rat", bezw. „Obermedinalrat", 12 St. für „Reg.- und Med.-Rat, bezw. Obermedizinalrat" und 5 St. für „Regierungsarzt und Med.-Rat, c. der Kreisassistenzärzte: 27 Stimmen für „Medizinalassessor" und 3 für Kreisassistenzarzt.

Der Vorstand des Preußischen Medizinalbeamtenvereins **hatte den Herrn Minister für Volkswohlfahrt unter dem 23. Juni d. J. gebeten, ihm den Gesetzentwurf über die Verhängung von Dienststrafen** zur Aeußerung zu übersenden. Auf diesen Antrag hat er unter dem 11. August d. J. folgenden Bescheid erhalten:

„Der Entwurf zu einem Gesetz über die Verhängung von Dienststrafen gegen Beamte ist bisher nur ein vorläufiger. Die von Ihnen gegebene Anregung erscheint verfrüht.

Ich stelle ergebenst anheim, noch einmal vorstellig zu werden, wenn der Entwurf zum Gesetz erhoben werden sollte, damit die dortseitige Anregung bei der Ausarbeitung der Ausführungsbestimmungen in Erwägung gezogen werden könne."

Zu der am 9. September d. J. in Nürnberg stattfindenden **Sitzung des erweiterten Vorstandes des Preußischen Medizinalbeamtenvereins** sind als Vertreter gewählt: für Ost- und Westpreußen: Geh. Med.-Rat Dr. Forstreuter, Kreisarzt in Königsberg i. Pr., für Großberlin: Med.-Rat Dr. Rogowski, Kreisarzt in Berlin-Nikolasee, für Brandenburg: Kreisarzt Dr. Mantey in Belzig, für Oberschlesien: Med.-Rat Dr. Kley, Kreisarzt in Kreuzburg O.-Schl., für Sachsen: Med.-Rat Dr. Kluge, Kreisarzt in Wolmirstedt, für Hannover: Geh. Med.-Rat Dr. Meyer in Göttingen, für Westfalen: Kreisarzt Dr. Wollenweber in Dortmund, für Hessen-Nassau: Geh. Med.-Rat Dr. Rockwitz, Reg.- u. Med.-Rat in Kassel. Für Pommern, Schlesien und die Rheinprovinz ist noch keine Wahl erfolgt.

Nach einem Erlaß des Bayerischen Staatsministeriums des Innern können die **Bezirksärzte**, die an der diesjährigen **Tagung des Deutschen und Bayerischen Medizinalbeamtenvereins in Nürnberg** teilnehmen, **Tagegelder und Reisekosten** auf die Bauschsumme für die Kosten auswärtiger Dienstgeschäfte verrechnen. Ebenso werden die Tagegelder und Reisekosten für die an der Tagung teilnehmenden Landgerichtsärzte aus Staatsmitteln bestritten. Hoffentlich folgen die Staatsregierungen der übrigen deutschen Länder noch nachträglich diesem nachahmenswerten Beispiele.

Beilage: „Rechtsprechung und Medizinalgesetzgebung" erscheint diesmal nicht.

[illegible] glaubt aber, ihr hinreichend begegnen zu können. Jedenfalls sei es besser, daß auf diese Weise Mittel flüssig gemacht würden, als daß gar nichts geschehe. Die Kreisärzte [illegible]-Grünberg und Sanberzweig-Görlitz berichten, daß die Arbeiter in ihren Kreisen versuchten, die Tuberkulosefürsorge zu [illegible] [illegible] den auf das bestimmteste entgegen. Reg.-Präsident [illegible] bemängelt, daß die Arbeiter noch nicht genügend zu der Leitung dieses Zweiges der Wohlfahrtspflege herangezogen würden. Dies sei das beste [illegible], um sie von [illegible] [illegible]versuchen zurückzuhalten.

Der Reg.-Präsident dankte zum Schluß den Berichterstattern für die [illegible] ihrer Vorträge und sämtlichen Teilnehmern für die [illegible] mit der sie an den Verhandlungen teilnahmen.

Tagesnachrichten.

Erhöhung der Teuerungszuschläge zu den Beamtengehältern. Die in der [illegible] des August unter dem Vorsitz des Reichsministers stattgefundenen Verhandlungen der Reichsregierung mit den Vertretern der Spitzen[illegible] der Beamten, Angestellten und Arbeiter haben schließlich zu [illegible]. Danach soll der Teuerungszuschlag zum Grund[illegible] für die [illegible]mäßigen Beamten künftighin für [illegible] 85%, [illegible] 87%, und E: 85% [illegible] außerplanmäßigen Beamten sollen [illegible] erhalten, daß ihr Diensteinkommen [illegible] das Diensteinkommen nebst Teuerungszuschlag eines [illegible] ihrer Eingangsgruppe erreicht. [illegible] zu den Kinderzuschlägen in den [illegible] und [illegible] auf 17[illegible], und D und E auf 150%. [illegible] dieser Teuerungszuschläge soll vom 1. August [illegible] anzunehmen, daß auch in allen [illegible] der Teuerungszuschläge für die [illegible]

Zur [illegible] der Amtsbezeichnungen der preußischen Medizinalbeamten [illegible] der Groß-Berliner [illegible] unter dem 28. Juni d. J. [illegible] Antrag gestellt:

[illegible] hat in seinen Vor[illegible] für die Kreisärzte [illegible] Regierungs- und Medi[illegible] nicht dem Wunsche der [illegible] besonderen Wert darauf, daß [illegible] als solche auch durch [illegible] wir den Kreis- und [illegible] Regierungs- und [illegible] die Amtsbezeichnung „Regie[illegible] Daher soll Schwierigkeiten [illegible] mit denen der Fachrefe[illegible] den Kreis- und [illegible] bezw. Ge[illegible] Beamten der Gruppe II [illegible]

[illegible] für Volkswohlfahrt [illegible]

[illegible] Medizinalbeamten ersuche ich [illegible] Medizinalbeamtenvereins die [illegible] auf diese W[illegible]

[illegible]

Abschrift von diesem Bestande ist dem Vorstande des Preußischen Medizinalbeamtenvereins zur gefälligen Kenntnis übersandt.

Im Interesse der Einheitlichkeit aller Bestrebungen der Medizinalbeamten kann man sich mit diesem Bescheid nur einverstanden erklären. Interessant ist, daß sich hiernach der Berufsverein höherer Verwaltungsbeamten gemüßigt gesehen hat, in dieser Angelegenheit einen Vorschlag zu machen, der aber nicht einmal den Beifall der Berliner Kollegen gefunden hat. Unseres Erachtens ist der vom Vorstande unseres Medizinalbeamtenvereins in dieser Frage eingenommene Standpunkt: Für die Reg.- und Med.-Räte die Amtsbezeichnung „Oberregierungsrat“, für die Kreisärzte die Amtsbezeichnung „Kreisarzt und Medizinalrat“ (Gruppe 10) und „Kreisarzt und Obermedizinalrat“ (Besoldungsgruppe 11) der einzig richtige; er entspricht nicht nur am besten ihrer amtlichen Stellung, sondern auch, soweit dem Herausgeber bekannt ist, den Wünschen der großen Mehrzahl der Medizinalbeamten, die weder etwas von der Amtsbezeichnung „Kreismedizinalrat“, noch von derjenigen „Regierungs- und Medizinalrat“ etwas wissen wollen.

Dies stimmt auch mit dem Ergebnis einer von dem Medizinalbeamtenverein des Reg.-Bez. Arnsberg in der letzten Woche des August dieserhalb veranlaßten Umfrage überein. Danach sind abgegeben betreffs der Amtsbezeichnung a. der Regierungs- und Medizinalräte: 32 Stimmen für „Oberregierungsrat“ und 1 St. für „Ob.-Reg.- und Med.-Rat“, b. der Kreisärzte: 22 Stimmen für „Kreisarzt und Med.-Rat“, bezw. „Obermedizinalrat“, 12 St. für „Reg.- und Med.-Rat, bezw. Obermedizinalrat“ und 5 St. für „Regierungsarzt und Med.-Rat, c. der Kreisassistenzärzte: 27 Stimmen für „Medizinalassessor“ und 3 für Kreisassistenzarzt.

Der Vorstand des Preußischen Medizinalbeamtenvereins hatte den Herrn Minister für Volkswohlfahrt unter dem 23. Juni d. J. gebeten, ihm den **Gesetzentwurf über die Verhängung von Dienststrafen** zur Aeußerung zu übersenden. Auf diesen Antrag hat er unter dem 11. August d. J. folgenden Bescheid erhalten:

„Der Entwurf zu einem Gesetz über die Verhängung von Dienststrafen gegen Beamte ist bisher nur ein vorläufiger. Die von Ihnen gegebene Anregung erscheint verfrüht.

Ich stelle ergebenst anheim, noch einmal vorstellig zu werden, wenn der Entwurf zum Gesetz erhoben werden sollte, damit die dortseitige Anregung bei der Ausarbeitung der Ausführungsbestimmungen in Erwägung gezogen werden könne.“

Zu der am 9. September d. J. in Nürnberg stattfindenden Sitzung **des erweiterten Vorstandes des Preußischen Medizinalbeamtenvereins** sind als Vertreter gewählt: für Ost- und Westpreußen: Geh. Med.-Rat Dr. [illegible]reuter, Kreisarzt in Königsberg i. Pr., für Großberlin: Med.-Rat Dr. Ro[illegible]gowski, Kreisarzt in Berlin-Nikolassee, für Brandenburg: Kreisarzt Dr. Mantey in Belzig, für Oberschlesien: Med.-Rat Dr. [illegible], Kreisarzt in Kreuzburg O.-Schl., für Sachsen: Med.-Rat Dr. Kluge, Kreisarzt in Wolmirstedt, für Hannover: Geh. Med.-Rat Dr. Meyer in Göttingen, für Westfalen: Kreisarzt Dr. Wollenweber in Dortmund, für Hessen-Nassau: Geh. Med.-Rat Dr. Rockwitz, Reg.- u. Med.-Rat in Kassel. Für Pommern, Schlesien und die Rheinprovinz ist noch keine Wahl erfolgt.

Nach einem Erlaß des Bayerischen Staatsministeriums des Innern können die **Bezirksärzte**, die an der diesjährigen Tagung des Preußischen und Bayerischen Medizinalbeamtenvereins in Nürnberg teil[illegible] Tagegelder und Reisekosten [illegible] auswärtiger Dienstgeschäfte [illegible] gelder und [illegible] ärzte [illegible] für die an der Tagung teilnehmenden [illegible] der [illegible] Be[illegible] Länder [illegible]

[illegible]sprechung und [illegible]

Hauptversammlung des Deutschen, Preuss. u. Bayerischen Medizinalbeamtenvereins in Nürnberg am 10. u. 11. Sept.

I. Gemeinsame Tagung.

Freitag, den 9. September, 8 Uhr abends: **Begrüßungsabend** mit Damen im Künstlerhause am Bahnhof (Erdgeschoß).

Samstag, den 10. September, 9 Uhr vormittags: Sitzung im Künstlerhause.

1. **Geschäfts- und Kassenbricht.**
2. **Bericht über die Entwürfe zu einem Deutschen Strafgesetzbuche** (Entwurf der Strafrechtskommission 1913 und Entwurf 1919 a) vom Standpunkt des Irrenarztes, b) von dem des Gerichtsarztes. Berichterstatter: a) Geh. Med.-Rat Prof. Dr. Schultze-Göttingen und b) Prof. Dr. Lochte-Göttingen.
3. **Die einheitliche Gestaltung der staatsärztlichen Prüfung im Deutschen Reich.** Berichterstatter: Geh. Ob.-Med.-Rat Prof. Dr. Abel-Jena und Geh. Med.-Rat Prof. Dr. Strassmann-Berlin.
4. **Vorstandswahl und Bericht der Rechnungsprüfer.**

8 Uhr abends: Zwangloses **gemeinschaftliches Essen** mit Damen im Künstlerhause.

Sonntag, den 11. September, 10 Uhr vormittags: Sitzung im Künstlerhause.

1. **Die Vereinheitlichung der Seuchenbekämpfung im Deutschen Reiche.** Berichterstatter: Prof. Dr. Rimpau-München.
2. **Die bisherigen Leistungen der öffentlichen Gesundheitspflege und der Medizinalverwaltung in dem Deutschen Reiche und in den Einzelstaaten nach dem Kriege und ihre Aufgaben für die Zukunft.** Berichterstatter: Kreisarzt Med.-Rat Dr. Bundt-Halle a. S.

3 Uhr nachmittags: Zwangloses **gemeinschaftliches Essen** im Künstlerhause.

8 Uhr abends: Teilnahme mit Damen am Begrüßungsabend des Deutschen Vereins für öffentliche Gesundheitspflege.

II. XXXII. Hauptversammlung des Preußischen Medizinalbeamtenvereins:

Samstag, den 10. September, 5 Uhr nachm., im Künstlerhause:

1. **Geschäfts- und Kassenbericht.** Im Anschluß hieran **freie Aussprache über die amtliche Stellung und wirtschaftliche Lage der preußischen Medizinalbeamten.** 2. **Anträge auf Änderung der Satzungen.** 3. **Vorstandswahl und Bericht der Rechnungsprüfer.**

Im Anschluß an diese Sondersitzung: **Generalversammlung der Jubiläumsstiftung des Vereins:**

1. **Geschäfts- und Kassenbericht.** 2. **Vorstandswahl.**

III. XV. Hauptversammlung des Bayerischen Medizinalbeamtenvereins.

Samstag, den 11. September, 5 Uhr nachm. im Künstlerhause.

1. **Tätigkeitsbericht der Vorstandschaft.** 2. **Rechenschaftsbericht des Kassenwarts.** 3. **Besoldungsordnung u. einschlägige Fragen.** 4. **Satzungsänderung.** 5. **Wünsche und Anträge.**

Verantwortlich für die Schriftleitung: Prof. Dr. Rapmund, Geh. Med.-Rat in Lippspringe.
Druck von J. C. C. Bruns, Minden i. W.

34. Jahrg. Nr. 18

ZEITSCHRIFT FÜR MEDIZINALBEAMTE

20. Sept. 1921.

Zentralblatt

für das gesamte Gebiet der gerichtlichen Medizin und Psychiatrie, des staatlichen und privaten Versicherungswesens, sowie für das Medizinal- und öffentliche Gesundheitswesen, einschl. der praktischen und sozialen Hygiene.

Herausgegeben von

Prof. Dr. Otto Rapmund

Geh. Med.-Rat in Bad Lippspringe.

Offizielles Organ des Deutschen, Preussischen, Bayerischen, Sächsischen, Württembergischen, Badischen, Hessischen, Mecklenburgischen, Thüringischen und Braunschweigischen Medizinalbeamtenvereins.

Eine Beilage: Rechtsprechung und Medizinalgesetzgebung

Bezugspreis für das Jahr: 30 M, durch die Post bezogen: 32 M.

VERLAG VON FISCHER'S MEDIZ. BUCHHANDLUNG H. KORNFELD,
Berlin W. 62, Keithstraße 5.

[illegible] des Deutschen, Preuß. u. Bayerischen [illegible] am 10. u. 11. Sept.

[illegible] Tagung.

[illegible] Begrüßungs-abend [illegible].

[illegible] Sitzung [illegible]

1. Geschäfts- und Kassenbericht.
2. Bericht über die Entwürfe zu einem Deutschen [illegible] kommission [illegible]. Berichterstatter: [illegible] Geh. [illegible] Prof. [illegible]
3. [illegible] der staatsärztlichen [illegible] im Deutschen Reich. Berichterstatter: Geh. [illegible] Med.-Rat [illegible]
4. Vorstandswahl und Bericht der Rechnungsprüfer.

[illegible] gemeinschaftliches Essen mit Damen [illegible].

Sonntag, den 11. September, [illegible] Sitzung [illegible]

1. Die Vereinheitlichung der Seuchenbekämpfung im Deutschen Reiche. Berichterstatter: Prof. Dr. [illegible]
2. Die bisherigen Leistungen der öffentlichen Gesundheitspflege und der Medizinalverwaltung in dem Deutschen Reiche und in den Einzelstaaten nach dem Kriege und ihre Aufgaben für die Zukunft. Berichterstatter: [illegible] Med.-Rat Dr. [illegible]-Halle a. S.

[illegible] gemeinschaftliches Essen [illegible].

[illegible] Teilnahme mit Damen am Begrüßungsabend des Deutschen Vereins für öffentliche Gesundheitspflege.

II. XXXII. Hauptversammlung des Preußischen Medizinalbeamtenvereins:

Samstag, den 10. September, 3 Uhr nachm., im Künstlerhause:

1. Geschäfts- und Kassenbericht. Im Anschluß hieran **freie Aussprache über die amtliche Stellung und wirtschaftliche Lage der preußischen Medizinalbeamten.** 2. **Anträge auf Änderung der Satzungen.** 3. **Vorstandswahl und Bericht der Rechnungsprüfer.**

Im Anschluß an diese Sondersitzung: **Generalversammlung der Jubiläumsstiftung des Vereins:**

1. Geschäfts- und Kassenbericht. 2. **Vorstandswahl.**

III. XV. Hauptversammlung des Bayerischen Medizinalbeamtenvereins.

Samstag, den 11. September, 5 Uhr nachm. im Künstlerhause:

1. Tätigkeitsbericht der Vorstandschaft. 2. **Rechenschaftsbericht des Kassenwarts.** 3. **Besoldungsordnung u. einschlägige Fragen.** 4. **Satzungsänderung.** 5. **Wünsche und Anträge.**

Verantwortlich für die Schriftleitung: Prof. Dr. Rapmund, Geh. Med.-Rat [illegible]
Druck von J. C. C. Bruns, Minden i. W.

34. Jahrg. Nr. 18 — 20. Sept. 1921.

ZEITSCHRIFT FÜR MEDIZINALBEAMTE

Zentralblatt

für das gesamte Gebiet der gerichtlichen Medizin und Psychiatrie, des staatlichen und privaten Versicherungswesens, sowie für das Medizinal- und öffentliche Gesundheitswesen, einschl. der praktischen und sozialen Hygiene.

Herausgegeben von

Prof. Dr. Otto Rapmund

Geh. Med.-Rat in Bad Lippspringe.

Offizielles Organ des Deutschen, Preussischen, Bayerischen, Sächsischen, Württembergischen, Badischen, Hessischen, Mecklenburgischen, Thüringischen und Braunschweigischen Medizinalbeamtenvereins.

Eine Beilage: Rechtsprechung und Medizinalgesetzgebung

Bezugspreis für das Jahr: 30 M., durch die Post bezogen: 32 M.

VERLAG VON FISCHER'S MEDIZ. BUCHHANDLUNG H. KORNFELD
Berlin W. 62, Keithstraße 5.

INHALT.

Der heutigen Nummer liegt ein Prospekt von **J. F. Lehmanns Verlag, München SW 2, Paul-Heyse-Straße 26,** betr. „**Der Fürsorgearzt**" von **Dr. Spaet**-München und andere Schriften, bei, auf den wir besonders aufmerksam machen.

Geschäftsstelle und Versand für die Mitglieder des Medizinalbeamtenvereins durch J. C. C. BRUNS, Buchdruckerei, MINDEN i. WESTF.

Alleinige Anzeigen-Annahme und verantwortlich für den Anzeigenteil: HANS PUSCH, BERLIN SW. 48, Wilhelmstraße 28.

Personalien.

Deutsches Reich und Preussen.

Ernannt: Die Kreisassistenzärzte Dr. Heinecke zum Kreisarzt in Wipperfürth, Dr. Siebert zum Kreisarzt in Labes (Kreis Regenwalde) und Dr. Basten in Cöln zum Kreisarzt in Bonn, der frühere Privatdozent Dr. Teleky (früher in Wien) zum Landesgewerbearzt in Düsseldorf, Kreisassistenzarzt Dr. Groß in Marienburg (Westpreußen) zum Kreisarzt daselbst; Kreisassistenzarzt Dr. Lange in Waldenburg zum kommiss. Kreisarzt in Rosenberg (Ober-Schlesien), Prof. Dr. Uhlenhuth, Direktor des v. Behringschen Instituts für experiment. Therapie in Marburg zum ord. Honorarprofessor an der dortigen Universität, Marinestabsarzt a. D. Dr. Hammer zum Kreisassistenzarzt in Eisleben.

Versetzt: Kreisarzt Dr. Speiser in Labes als ständiger Hilfsarbeiter an die Regierung in Königsberg, Kreisarzt Dr. Bodenstein in Rosenberg (Ob.-Schles.) nach Schlawe (Pommern).

(Fortsetzung auf der vorletzten Seite des Umschlags.)

INHALT.

Personalien.

Deutsches Reich und Preussen.

Ernannt: Die Kreisassistenzärzte Dr. Heinecke zum Kreisarzt in Wipperfürth, Dr. Siebert zum Kreisarzt in Labes (Kreis Regenwalde) und Dr. Basten in Cöln zum Kreisarzt in Bonn, der frühere Privatdozent Dr. Teleky (früher in Wien) zum Landesgewerbearzt in Düsseldorf, Kreisassistenzarzt Dr. Groß in Marienburg (Westpreußen) zum Kreisarzt daselbst; Kreisassistenzarzt Dr. Lange in Waldenburg zum kommiss. Kreisarzt in Rosenberg (Ober-Schlesien), Prof. Dr. Uhlenhuth, Direktor des v. Behringschen Instituts für experiment. Therapie in Marburg zum ord. Honorarprofessor an der dortigen Universität, Marinestabsarzt a. D. Dr. Hammer zum Kreisassistenzarzt in Eisleben.

Versetzt: Kreisarzt Dr. Speiser in Labes als ständiger Hilfsarbeiter an die Regierung in Königsberg, Kreisarzt Dr. Bodenstein in Rosenber (Ob.-Schles.) nach Schlawe (Pommern). (Fortsetzung auf der vorletzten Seite des Umschlags.)

34. Jahrg. **Zeitschrift** 1921.

für

MEDIZINALBEAMTE

Zentralblatt

für das gesamte Gebiet der gerichtlichen Medizin und Psychiatrie, des staatlichen u. privaten Versicherungswesens, sowie für das Medizinal- u. öffentliche Gesundheitswesen, einschl. der prakt. u. sozialen Hygiene

Herausgegeben

von

Prof. Dr. Otto Rapmund

Geh. Med.-Rat in Bad Lippspringe.

Offizielles Organ d. Deutschen, Preußischen, Bayerischen, Sächsischen, Württembergischen, Badischen, Hessischen, Mecklenburgischen, Thüringischen u. Braunschweigischen Medizinalbeamtenvereins

Verlag von Fischer's med. Buchhandlung H. Kornfeld

Herzogl. Bayer. Hof- u. K. u. K. Kammer-Buchhändler

Berlin W. 62, Keithstrasse 5

Nr. 18.	Erscheint am 5. und 20. jeden Monats	20. Sept.

Kritische Bemerkungen zur neuen preussischen Desinfektionsordnung.

Von Prof. C. Flügge-Berlin.

In dem Erlaß vom 8. Februar 1921, durch den das Wohlfahrtsministerium neue Desinfektionsvorschriften bekannt gibt, sind diese damit begründet,

„daß die bisher gültige Desinfektionsanweisung . . ., dem damaligen Stande der Wissenschaft entsprechend, mehr die Schlußdesinfektion als die laufende Desinfektion während der Krankheit berücksichtigte. In den letzten Jahren hat aber die letztere immer mehr an Bedeutung gewonnen. Infolgedessen ist eine Neubearbeitung der Desinfektionsvorschriften notwendig geworden."

In zahlreichen Besprechungen der neuen Vorschriften sind auch Aerzte und besonders Kreisärzte dieser Begründung der Notwendigkeit neuer Vorschriften beigetreten und haben hervorgehoben, daß in der Tat die Desinfektion am Krankenbett schon im Hinblick auf die ungleich größere Menge von Erregern, die während der Krankheit ausgeschieden werden, viel wichtiger sei als die Schlußdesinfektion, und daß es entschieden an der Zeit war, die in der alten Desinfektionsordnung zu wenig

berücksichtigte laufende Desinfektion viel stärker in den Vordergrund zu rücken.

Ich glaube, daß diese Begründung in verschiedenen Punkten geeignet ist, Mißverständnisse hervorzurufen und die Vorteile und Nachteile der neuen Ordnung in falsches Licht zu setzen.

I.

Zunächst kann ich nicht zugeben, daß die Wichtigkeit der laufenden Desinfektion in der früheren Desinfektionsordnung unterschätzt ist. In dem preußischen Gesetz von 1905 und in den dazu gehörigen Ausführungsbestimmungen ist die laufende Desinfektion vorangestellt und es ist ausdrücklichst hinzugefügt:

„Die Desinfektion am Krankenbett ist von ganz besonderer Wichtigkeit. Es ist deshalb in jedem Falle anzuordnen, daß womöglich vom Beginn der Erkrankung an bis zu ihrer Beendigung alle Ausscheidungen des Kranken .... fortlaufend desinfiziert werden.“

Und in § 31 der „Anweisung“ heißt es:

„Es ist regelmäßig anzuordnen und darüber zu wachen, daß nicht nur nach der Genesung des Kranken ...., sondern daß während der ganzen Dauer der Krankheit die Vorschriften der Desinfektionsanweisung peinlich befolgt werden. Es ist Aufgabe der Polizeibehörden sowie der beamteten Aerzte, die Bevölkerung hierauf bei jeder sich darbietenden Gelegenheit hinzuweisen.“

Die Bewertung der laufenden Desinfektion ist demnach auch in den früheren Vorschriften eine sehr hohe gewesen. Aber wir sind uns von jeher bewußt gewesen, daß der Durchführung dieser Vorschriften unter Umständen große Schwierigkeiten entgegenstehen. Eine zuverlässige Desinfektion am Krankenbett setzt geschultes Pflegepersonal voraus. Ist ein solches vorhanden, dann waren bisher die Bestimmungen des § 22 maßgebend, der die Isolierung, die Kleidung und Desinfektion des berufsmäßigen Pflegepersonals regelt. Fehlt aber besonderes Pflegepersonal und müssen die Kranken von den gleichzeitig anderweit in Anspruch genommenen Angehörigen verpflegt werden, dann war bisher nach § 18 „nach Möglichkeit dafür zu sorgen, daß der Kranke sich in ein geeignetes Krankenhaus überführen läßt“.

Die neue Desinfektionsordnung verlangt ebenfalls, „daß die laufende Desinfektion wenn möglich von einer in einer staatlichen Desinfektorenschule in der Desinfektion ausgebildeten Pflegeperson durchgeführt wird“.

Bisher stehen also alte und neue Ordnung auf dem gleichen Standpunkt. Dann aber gehen sie auseinander. Durch die früheren Bestimmungen wird die große Zahl jener Fälle ungenügend berücksichtigt, wo kein besonderes geschultes Pflegepersonal zur Verfügung steht, und wo auch eine Ueberführung ins Krankenhaus abgelehnt wird. Den Angehörigen, denen in solchen Fällen die laufende Desinfektion obliegt, kann nur selten eine sachgemäße Durchführung zugetraut werden.

Die neuen Bestimmungen bringen nun zu diesem in der alten Desinfektionsordnung nicht weiter berücksichtigten Punkte

eine wichtige Ergänzung: sie schreiben vor, daß da, wo eine in der Desinfektion ausgebildete Pflegeperson nicht dauernd am Krankenbett tätig sein kann, „die laufende Desinfektion von einer in einer staatlichen Desinfektorenschule ausgebildeten Pflegerin (Desinfektions-, Seuchen-, Fürsorgeschwester) oder, wo auch dies nicht möglich ist, von einem staatlich geprüften Desinfektor dauernd und regelmäßig überwacht werden muß".

Diese Neuerung bedeutet zweifellos einen erheblichen Fortschritt für die Durchführung der laufenden Desinfektion.

II.

Eine ganz andere Frage ist es, ob die Bedeutung der laufenden Desinfektion gegenüber der Schlußdesinfektion sich in den letzten Jahren zugunsten der ersteren verschoben hat, und ob etwa auf Grund der besser gesicherten Durchführung der laufenden Desinfektion die Schlußdesinfektion stark eingeschränkt oder gar fortgelassen werden kann. Bei der bisherigen Beantwortung dieser Frage sind offenbar andere Mittel der Seuchenbekämpfung, die neben der Desinfektion für eine Einschränkung der Weiterverbreitung der Krankheit vom Kranken aus von großer Bedeutung sind, vielfach nicht ausreichend berücksichtigt.

Vor allem wird übersehen, daß während der Krankheit infolge der vorgeschriebenen Absperrung des Kranken die Gefahr einer Ausbreitung sehr viel geringer ist, als nach der Schlußdesinfektion und nach Aufhebung der Sperre. Ohne diese Absperrung ist auch die laufende Desinfektion relativ machtlos. Wenn freier Verkehr empfänglicher Menschen mit dem Kranken und seinen Gebrauchsgegenständen bestehen bleibt, ist es völlig unmöglich, die ausgeschiedenen Erreger fortdauernd so rasch und gründlich zu vernichten, daß ernstliche Gefährdung ausgeschlossen bleibt. Man frage intelligente Pflegerinnen oder Mütter, ob sie es für möglich halten, z. B. bei der Pflege eines unruhigen Kindes, das sich fortgesetzt in den Mund faßt, ausspuckt, hustet, schreit usw., die Tag und Nacht oft unbemerkt erfolgenden Ausscheidungen so sicher unschädlich zu machen, daß empfängliche Gesunde, die mit dem Kranken verkehren, keiner Uebertragung ausgesetzt sind. Das wird sich fast niemals erreichen lassen.

Erst dadurch, daß nur die Pflegerin zum Kranken Zutritt, daß sie mit ihm abgesperrt wird, daß der Kranke sein besonderes Eß- und Trinkgeschirr, Wäsche und dergl. erhält, die im Krankenzimmer verbleiben, läßt sich die Uebertragungsgefahr während der Krankheit erheblich herabdrücken. Es kommt hinzu, daß zur Pflegerin in der Regel eine unempfängliche oder wenig empfängliche Person (Erwachsene bei Diphtherie, durch Ueberstehen der Krankheit oder Schutzimpfung Geschützte bei Pocken, Typhus usw.) ausgewählt wird. Mindestens ist aber die berufsmäßige bezw. die durch die Desinfektions-

34. Jahrg. **Zeitschrift** 1921.

für

MEDIZINALBEAMTE

Zentralblatt

für das gesamte Gebiet der gerichtlichen Medizin und Psychiatrie, des staatlichen u. privaten Versicherungswesens, sowie für das Medizinal- u. öffentliche Gesundheitswesen, einschl. der prakt. u. sozialen Hygiene

Herausgegeben
von

Prof. Dr. Otto Rapmund
Geh. Med.-Rat in Bad Lippspringe.

Offizielles Organ d. Deutschen, Preußischen, Bayerischen, Sächsischen, Württembergischen, Badischen, Hessischen, Mecklenburgischen, Thüringischen u. Braunschweigischen Medizinalbeamtenvereins

Verlag von Fischer's med. Buchhandlung H. Kornfeld
Herzogl. Bayer. Hof- u. K. u. K. Kammer-Buchhändler
Berlin W. 62, Keithstrasse 5

Nr. 18.	Erscheint am 5. und 20. jeden Monats	20. Sept.

Kritische Bemerkungen zur neuen preussischen Desinfektionsordnung.

Von Prof. C. Flügge-Berlin.

In dem Erlaß vom 8. Februar 1921, durch den das Wohlfahrtsministerium neue Desinfektionsvorschriften bekannt gibt, sind diese damit begründet,

„daß die bisher gültige Desinfektionsanweisung . . ., dem damaligen Stande der Wissenschaft entsprechend, mehr die Schlußdesinfektion als die laufende Desinfektion während der Krankheit berücksichtigte. In den letzten Jahren hat aber die letztere immer mehr an Bedeutung gewonnen. Infolgedessen ist eine Neubearbeitung der Desinfektionsvorschriften notwendig geworden."

In zahlreichen Besprechungen der neuen Vorschriften sind auch Aerzte und besonders Kreisärzte dieser Begründung der Notwendigkeit neuer Vorschriften beigetreten und haben hervorgehoben, daß in der Tat die Desinfektion am Krankenbett schon im Hinblick auf die ungleich größere Menge von Erregern, die während der Krankheit ausgeschieden werden, viel wichtiger sei als die Schlußdesinfektion, und daß es entschieden an der Zeit war, die in der alten Desinfektionsordnung zu wenig

3.
4.
5.

8 Uhr a
im Künstle

Sonnt
im Künstle

3 Uh
im Künstl
8 Uh
des Deut
und 13. Se
Nürnberg;

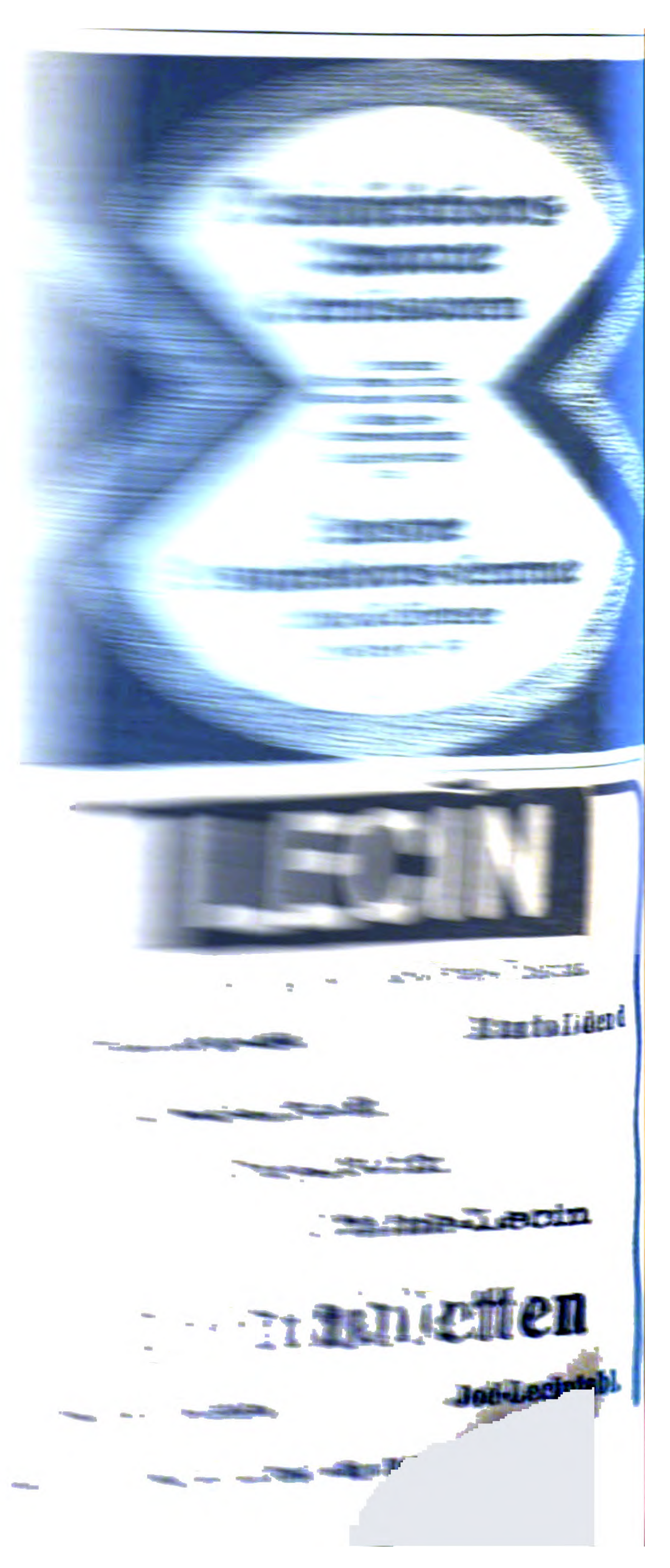
San
4½ Uhr n
So
manisch
vormittag

Hotel Ba
" De
" De
" Fö
" Ko
Palast-
Hotel R
" Vi
" W
" W
" W

D
mit 10
dagege
über 5
D
Tagung
und P
samml
geöffne

Sievel

Vera



:4. Jahrg. Zeitschrift

für

MEDIZINALBEAMTE

Zentralblatt

für das gesamte Gebiet der gerichtlichen Medizin und Psychiatrie, des staatlichen u. privaten Versicherungswesens, sowie für das Medizinal- u. öffentliche Gesundheitswesen, einschl. der prakt. u. sozialen Hygiene

Herausgegeben

von

Prof. Dr. Otto Rapmund

Geh. Med.-Rat in Bad Lippspringe.

Offizielles Organ d. Deutschen, Preußischen, Bayerischen, Sächsischen Württembergischen, Badischen, Hessischen, Mecklenburgischen Thüringischen u. Braunschweigischen Medizinalbeamtenvereins

Verlag von Fischer's med. Buchhandlung H. Kornfeld

Herzogl. Bayer. Hof- u. K. u. K. Kammer-Buchhändler

Berlin W. 62, Keithstrasse 5

Anzeigen werden durch die Anzeigenverwaltung Hans Pusch, Berlin SW. 48, Wilhelmstr. ..., sowie von sämtlichen Anzeigen-Annahmestellen des In- und Auslandes angenommen.
Die durchgehende Petitzeile kostet ...

Nr. 18. Erscheint am 5. und 20. jeden Monats 20. Sept.

Kritische Bemerkungen zur neuen preussischen Desinfektionsordnung.

Von Prof. C. Flügge.

In dem Erlaß vom 8. Februar ... fahrtsministerium neue Desinfektions... sind diese damit begründet.

„daß die bisher gültige Desin... Stande der Wissenschaft ent... laufende Desinfektion während der ... Jahren hat aber die letztere ... dessen ist eine Neubearbeitung ... worden."

... n Zu- ... ke sein

In zahlreichen Be... erhält, auch Aerzte und bes... ragungs- Notwendigkeit neuer V... ken. Es gehoben, daß in der ... empfäng- schon ... i Diph- rege ... pfung wiel ... Min-

berücksichtigte laufende Desinfektion viel stärker in den Vordergrund zu rücken.

Ich glaube, daß diese Begründung in verschiedenen Punkten geeignet ist, Mißverständnisse hervorzurufen und die Vorteile und Nachteile der neuen Ordnung in falsches Licht zu setzen.

I.

Zunächst kann ich nicht zugeben, daß die Wichtigkeit der laufenden Desinfektion in der früheren Desinfektionsordnung unterschätzt ist. In dem preußischen Gesetz von 1905 und in den dazu gehörigen Ausführungsbestimmungen ist die laufende Desinfektion vorangestellt und es ist ausdrücklichst hinzugefügt:

„Die Desinfektion am Krankenbett ist von ganz besonderer Wichtigkeit. Es ist deshalb in jedem Falle anzuordnen, daß womöglich vom Beginn der Erkrankung an bis zu ihrer Beendigung alle Ausscheidungen des Kranken .... fortlaufend desinfiziert werden."

Und in § 31 der „Anweisung" heißt es:

„Es ist regelmäßig anzuordnen und darüber zu wachen, daß nicht nur nach der Genesung des Kranken ...., sondern daß während der ganzen Dauer der Krankheit die Vorschriften der Desinfektionsanweisung peinlich befolgt werden. Es ist Aufgabe der Polizeibehörden sowie der beamteten Aerzte, die Bevölkerung hierauf bei jeder sich darbietenden Gelegenheit hinzuweisen."

Die Bewertung der laufenden Desinfektion ist demnach auch in den früheren Vorschriften eine sehr hohe gewesen. Aber wir sind uns von jeher bewußt gewesen, daß der Durchführung dieser Vorschriften unter Umständen große Schwierigkeiten entgegenstehen. Eine zuverlässige Desinfektion am Krankenbett setzt geschultes Pflegepersonal voraus. Ist ein solches vorhanden, dann waren bisher die Bestimmungen des § 22 maßgebend, der die Isolierung, die Kleidung und Desinfektion des berufsmäßigen Pflegepersonals regelt. Fehlt aber besonderes Pflegepersonal und müssen die Kranken von den gleichzeitig anderweit in Anspruch genommenen Angehörigen verpflegt werden, dann war bisher nach § 18 „nach Möglichkeit dafür zu sorgen, daß der Kranke sich in ein geeignetes Krankenhaus überführen läßt".

Die neue Desinfektionsordnung verlangt ebenfalls, „daß die laufende Desinfektion wenn möglich von einer in einer staatlichen Desinfektorenschule in der Desinfektion ausgebildeten Pflegeperson durchgeführt wird".

Bisher stehen also alte und neue Ordnung auf dem gleichen Standpunkt. Dann aber gehen sie auseinander. Durch die früheren Bestimmungen wird die große Zahl jener Fälle ungenügend berücksichtigt, wo kein besonderes geschultes Pflegepersonal zur Verfügung steht, und wo auch eine Ueberführung ins Krankenhaus abgelehnt wird. Den Angehörigen, denen in solchen Fällen die laufende Desinfektion obliegt, kann nur selten eine sachgemäße Durchführung zugetraut werden.

Die neuen Bestimmungen bringen nun zu diesem in der alten Desinfektionsordnung nicht weiter berücksichtigten Punkte

eine wichtige Ergänzung: sie schreiben vor, daß da, wo eine in der Desinfektion ausgebildete Pflegeperson nicht dauernd am Krankenbett tätig sein kann, „die laufende Desinfektion von einer in einer staatlichen Desinfektorenschule ausgebildeten Pflegerin (Desinfektions-, Seuchen-, Fürsorgeschwester) oder, wo auch dies nicht möglich ist, von einem staatlich geprüften Desinfektor dauernd und regelmäßig überwacht werden muß“.

Diese Neuerung bedeutet zweifellos einen erheblichen Fortschritt für die Durchführung der laufenden Desinfektion.

II.

Eine ganz andere Frage ist es, ob die Bedeutung der laufenden Desinfektion gegenüber der Schlußdesinfektion sich in den letzten Jahren zugunsten der ersteren verschoben hat, und ob etwa auf Grund der besser gesicherten Durchführung der laufenden Desinfektion die Schlußdesinfektion stark eingeschränkt oder gar fortgelassen werden kann. Bei der bisherigen Beantwortung dieser Frage sind offenbar andere Mittel der Seuchenbekämpfung, die neben der Desinfektion für eine Einschränkung der Weiterverbreitung der Krankheit vom Kranken aus von großer Bedeutung sind, vielfach nicht ausreichend berücksichtigt.

Vor allem wird übersehen, daß während der Krankheit infolge der vorgeschriebenen Absperrung des Kranken die Gefahr einer Ausbreitung sehr viel geringer ist, als nach der Schlußdesinfektion und nach Aufhebung der Sperre. Ohne diese Absperrung ist auch die laufende Desinfektion relativ machtlos. Wenn freier Verkehr empfänglicher Menschen mit dem Kranken und seinen Gebrauchsgegenständen bestehen bleibt, ist es völlig unmöglich, die ausgeschiedenen Erreger fortdauernd so rasch und gründlich zu vernichten, daß ernstliche Gefährdung ausgeschlossen bleibt. Man frage intelligente Pflegerinnen oder Mütter, ob sie es für möglich halten, z. B. bei der Pflege eines unruhigen Kindes, das sich fortgesetzt in den Mund faßt, ausspuckt, hustet, schreit usw., die Tag und Nacht oft unbemerkt erfolgenden Ausscheidungen so sicher unschädlich zu machen, daß empfängliche Gesunde, die mit dem Kranken verkehren, keiner Uebertragung ausgesetzt sind. Das wird sich fast niemals erreichen lassen.

Erst dadurch, daß nur die Pflegerin zum Kranken Zutritt, daß sie mit ihm abgesperrt wird, daß der Kranke sein besonderes Eß- und Trinkgeschirr, Wäsche und dergl. erhält, die im Krankenzimmer verbleiben, läßt sich die Uebertragungsgefahr während der Krankheit erheblich herabdrücken. Es kommt hinzu, daß zur Pflegerin in der Regel eine unempfängliche oder wenig empfängliche Person (Erwachsene bei Diphtherie, durch Ueberstehen der Krankheit oder Schutzimpfung Geschützte bei Pocken, Typhus usw.) ausgewählt wird. Mindestens ist aber die berufsmäßige bezw. die durch die Desinfektions-

3. Besol
4. Satzu
5. Wüns

Ihrabendst
stlerhaus

Z

ntag, den
stlerhaus

1. Die V
Deut
Münch
(N

2. Die
heits
Deuts
dem
Berich

hr nach
tlerhaus
hr abend
schen V
ptember
im groß

Son

nstag,
nachmitt
ntag,
e Mus
, Künstl

Ver

nberge
itsche
utsche
tinger
nigs
otel
her
tori
ßer
tels
ttem

A.

Zim
les Zi
insch
pro
Fre
er N
at)-
stagen

-Han

lich

[illegible]ne wichtige Ergänzung: sie schreiben vor, daß da, wo eine [illegible] der Desinfektion ausgebildete Pflegeperson nicht dauernd am Krankenbett tätig sein kann, „die laufende Desinfektion von einer in einer staatlichen Desinfektorenschule ausgebildeten Pflegerin (Desinfektions-, Seuchen-, Fürsorgeschwester) oder, wo auch dies nicht möglich ist, von einem staatlich geprüften Desinfektor dauernd und regelmäßig überwacht werden muß".

Diese Neuerung bedeutet zweifellos einen erheblichen Fortschritt für die Durchführung der laufenden Desinfektion.

II.

Eine ganz andere Frage ist es, ob die Bedeutung der laufenden Desinfektion gegenüber der Schlußdesinfektion sich in den letzten Jahren zugunsten der ersteren verschoben hat, und ob etwa auf Grund der besser gesicherten Durchführung der laufenden Desinfektion die Schlußdesinfektion stark eingeschränkt oder gar fortgelassen werden kann. Bei der bisherigen Beantwortung dieser Frage sind offenbar andere Mittel der Seuchenbekämpfung, die neben der Desinfektion für eine Einschränkung der Weiterverbreitung der Krankheit vom Kranken aus von großer Bedeutung sind, vielfach nicht ausreichend berücksichtigt.

Vor allem wird übersehen, daß während der Krankheit infolge der vorgeschriebenen Absperrung des Kranken die Gefahr einer Ausbreitung sehr viel geringer ist, als nach der Schlußdesinfektion und nach Aufhebung der Sperre. Ohne diese Absperrung ist auch die laufende Desinfektion relativ machtlos. Wenn freier Verkehr empfänglicher Menschen mit dem Kranken und seinen Gebrauchsgegenständen bestehen bleibt, ist es völlig unmöglich, die ausgeschiedenen Erreger fortdauernd so rasch und gründlich zu vernichten, daß ernstliche Gefährdung ausgeschlossen bleibt. Man frage intelligente Pflegerinnen oder Mütter, ob sie es für möglich halten, z. B. bei der Pflege eines unruhigen Kindes, das sich fortgesetzt in den Mund faßt, ausspuckt, hustet, schreit usw., die Tag und Nacht oft unbemerkt erfolgenden Ausscheidungen so sicher unschädlich zu machen, daß empfängliche Gesunde, die mit dem Kranken verkehren, keiner Uebertragung ausgesetzt sind. Das wird sich fast niemals erreichen lassen.

Erst dadurch, daß nur die Pflegerin zum Kranken Zutritt, daß sie mit ihm abgesperrt wird, daß der Kranke sein besonderes Eß- und Trinkgeschirr, Wäsche und dergl. erhält, die im Krankenzimmer verbleiben, läßt sich die Uebertragungsgefahr während der Krankheit erheblich herabdrücken. Es kommt [illegible] Pflegerin in der Regel eine unempfängliche [illegible]ängliche Person (Erwachs[illegible] the[illegible]en der Krankheit oder [illegible] Ge[illegible] Typhus usw.) ausgewähl[illegible] d[illegible]mäßige bezw. die durch die [illegible]

[illegible] eine Verhütung [illegible] den kann und einen [illegible] die laufende Des- [illegible] n. — Einzig dieser Standpunkt entspricht auch [illegible] n der Bevölkerung.

;gehörige, Nachbarn und Fremde fordern unbedingt be-
dere Schutzmaßnahmen gegen die von einem notorischen
chenfall ausgehende Ansteckung, nachdem ausdrücklich die
her bestandenen Verkehrsbeschränkungen beseitigt sind;
wenn heute die Schlußdesinfektion durch behördliche An-
ıung aufgehoben werden sollte, würde in kurzem ihre Wieder-
ührung stürmisch verlangt werden.

Die Aufforderung des Erlasses vom 8. Februar 1921, „die
ölkerung möge darüber aufgeklärt werden, daß die von ihr
als unbedingter Gesundheitsschutz betrachtete Schluß-
nfektion durch die rechtzeitige und zweckmäßige laufende
nfektion ersetzt wird", kann ich daher nicht als begründet
zweckmäßig ansehen. Wohl darf betont werden, daß die
ende Desinfektion künftig in vielen Fällen besser durch-
hrt werden wird. Aber das berührt die Schlußdesinfektion
t; und mir ist aus den letzten Jahren kein Forschungs-
bnis und keine Erfahrung bekannt, die uns berechtigt, das
ıältnis der laufenden Desinfektion zur Schlußdesinfektion
vesentlich geändert anzusehen und letztere im blinden Ver-
en auf die Desinfektion am Krankenbett zu reduzieren.

III.

Auch in Bezug auf die **Schlußdesinfektion** hat die
Desinfektionsordnung erhebliche Aenderungen bestimmt.
Die bisherige Schlußdesinfektion litt in der Tat an ver-
denen Mängeln. Sie durfte nur von staatlich geprüften
amtlich angestellten Desinfektoren ausgeführt werden, deren
relativ gering war und die deshalb im Einzelfall nicht
er rasch genug zur Verfügung standen; sie verwendete zu
blonenmäßig bei allen Erkrankungen das gleiche Verfahren
selbst in einfach und übersichtlich liegenden Fällen Dampf-
fektion und häufig auch Formaldehyddesinfektion, die eine
utende Apparatur erforderten und viel Kosten verursachten.
schlimmster Fehler bestand aber darin, daß sie oft viel
pät nach Eintritt des Todes oder der Genesung zur Aus-
ıng gelangte, weil die eingeschalteten Büros zu langsam
teten und alle Versuche, diesen Geschäftsgang abzukürzen,
Erfolg blieben. Dadurch wurde in vielen Fällen die
ıßdesinfektion zu einer unwürdigen Komödie.

Die Schlußdesinfektion war daher zweifellos einer Ver-
rung bedürftig.

Die neue Desinfektionsordnung hat nun in dem Bestreben,
Abhilfe zu schaffen, bestimmt, „daß von den in der Des-
tion ausgebildeten Pflegepersonen und Desinfektoren
nach Verbringung des Kranken in ein Krankenhaus, nach
;ter Genesung oder nach dem Tode des Kranken sogleich
Schlußdesinfektion nach den neuen Vorschriften ausgeführt
e". Allerdings ist die Ausführung der Schlußdesinfektion

schwester angeleitete und beaufsichtigte Pflegerin darüber unterrichtet, wie sie sich zu verhalten hat, um Uebertragungen zu entgehen und etwa an sie gelangte Krankheitserreger zu vernichten. Wenn daher aus dem abgesperrten Krankenzimmer die Pflegerin selbst und die vom Kranken benutzten Gegenstände nicht ohne ausreichende Desinfektion herauskommen, dann bestehen in der Tat für eine Weiterverbreitung der Krankheit wenig Aussichten. Wird aber die Absperrung schlecht gehandhabt, so ist auch die Gefahr der Ausbreitung während der Krankheit besonders groß, und die laufende Desinfektion vermag hieran sehr wenig zu ändern.

Ob während der Krankheit mehr Erreger in die Umgebung gelangen, als nach deren Ablauf, ist ziemlich belanglos. Es kommt nicht auf die Zahl der Erreger, sondern darauf an, ob diese Gelegenheit haben, in andere empfängliche Menschen einzudringen. Das ist während der Krankheit durch die üblichen Verkehrsbeschränkungen außerordentlich erschwert, dagegen nach Ablauf der Krankheit und Aufhebung der Sperre sehr erleichtert. Wir müssen uns vor Augen halten, daß in dem Augenblick, wo der Genesene mit seiner Familie, mit Nachbarn und zahlreichen anderen Menschen in Verkehr tritt und wo die Gebrauchsgegenstände des Genesenen bezw. Verstorbenen beliebig anderweit benutzt werden, die Gefahr der weiteren Ausbreitung der Krankheit zweifellos in viel höherem Grade als vorher besteht. Dagegen soll uns eben die Schlußdesinfektion Schutz gewähren; und deren Bedeutung darf nicht nach der Zahl der noch vorhandenen Krankheitskeime, sondern nur nach dem Umfang der Infektionsmöglichkeiten bemessen werden.

Auch noch andere Ueberlegungen weisen auf die Unerläßlichkeit der Schlußdesinfektion hin. Vor allem kommt für diese eine Anzahl wichtiger Gegenstände in Betracht, die während der Krankheit gar nicht regelrecht desinfiziert werden können, z. B. das ganze Bett des Kranken, seine Kleider, sowie solche Gegenstände des täglichen Gebrauchs, die zwar gelegentlich während der Krankheit desinfiziert, aber auch immer wieder von neuem infiziert werden. — Ferner sind die Fälle zu bedenken, wo z. B. der Kranke ins Krankenhaus überführt oder verstorben ist, ohne daß überhaupt eine zuverlässige Desinfektion eingesetzt hat; oder wo diese wegen der Indolenz der Angehörigen ganz mangelhaft durchgeführt wurde, worüber im Einzelfall eine Kontrolle gar nicht möglich ist.

Wir können daher die Schlußdesinfektion nicht missen, auch dann nicht, wenn während der Krankheit besser und sicherer als früher desinfiziert wird. Ehe wir den Verkehr im Krankenzimmer frei geben, muß unbedingt durch eine straffe Schlußdesinfektion dafür gesorgt sein, daß eine Verbreitung lebender Keime möglichst nicht mehr stattfinden kann und einen Ersatz für diese Schlußdesinfektion vermag die laufende Desinfektion unter keinen Umständen zu leisten. — Einzig dieser Standpunkt entspricht auch dem Empfinden der Bevölkerung.

Angehörige, Nachbarn und Fremde fordern unbedingt besondere Schutzmaßnahmen gegen die von einem notorischen Seuchenfall ausgehende Ansteckung, nachdem ausdrücklich die vorher bestandenen Verkehrsbeschränkungen beseitigt sind; und wenn heute die Schlußdesinfektion durch behördliche Anordnung aufgehoben werden sollte, würde in kurzem ihre Wiedereinführung stürmisch verlangt werden.

Die Aufforderung des Erlasses vom 8. Februar 1921, „die Bevölkerung möge darüber aufgeklärt werden, daß die von ihr oft als unbedingter Gesundheitsschutz betrachtete Schlußdesinfektion durch die rechtzeitige und zweckmäßige laufende Desinfektion ersetzt wird“, kann ich daher nicht als begründet und zweckmäßig ansehen. Wohl darf betont werden, daß die laufende Desinfektion künftig in vielen Fällen besser durchgeführt werden wird. Aber das berührt die Schlußdesinfektion nicht; und mir ist aus den letzten Jahren kein Forschungsergebnis und keine Erfahrung bekannt, die uns berechtigt, das Verhältnis der laufenden Desinfektion zur Schlußdesinfektion als wesentlich geändert anzusehen und letztere im blinden Vertrauen auf die Desinfektion am Krankenbett zu reduzieren.

III.

Auch in Bezug auf die Schlußdesinfektion hat die neue Desinfektionsordnung erhebliche Aenderungen bestimmt.

Die bisherige Schlußdesinfektion litt in der Tat an verschiedenen Mängeln. Sie durfte nur von staatlich geprüften und amtlich angestellten Desinfektoren ausgeführt werden, deren Zahl relativ gering war und die deshalb im Einzelfall nicht immer rasch genug zur Verfügung standen; sie verwendete zu schablonenmäßig bei allen Erkrankungen das gleiche Verfahren und selbst in einfach und übersichtlich liegenden Fällen Dampfdesinfektion und häufig auch Formaldehyddesinfektion, die eine bedeutende Apparatur erforderten und viel Kosten verursachten. Ihr schlimmster Fehler bestand aber darin, daß sie oft viel zu spät nach Eintritt des Todes oder der Genesung zur Ausführung gelangte, weil die eingeschalteten Büros zu langsam arbeiteten und alle Versuche, diesen Geschäftsgang abzukürzen, ohne Erfolg blieben. Dadurch wurde in vielen Fällen die Schlußdesinfektion zu einer unwürdigen Komödie.

Die Schlußdesinfektion war daher zweifellos einer Verbesserung bedürftig.

Die neue Desinfektionsordnung hat nun in dem Bestreben, hier Abhilfe zu schaffen, bestimmt, „daß von den in der Desinfektion ausgebildeten Pflegepersonen und Desinfektoren auch nach Verbringung des Kranken in ein Krankenhaus, nach erfolgter Genesung oder nach dem Tode des Kranken sogleich die Schlußdesinfektion nach den neuen Vorschriften ausgeführt werde“. Allerdings ist die Ausführung der Schlußdesinfektion

durch das Pflegepersonal nur möglich, wenn die Vorschriften der Desinfektionsordnung stark vereinfacht werden.

Dies ist in den neuen Bestimmungen erstens dadurch erreicht, daß die bisherige Schablone teilweise beseitigt und eine differenzierte Behandlung je nach der vorliegenden Krankheit eingeführt ist. Wenigstens werden einige Gruppen von Krankheiten unterschieden, zu deren einer z. B. Diphtherie, Scharlach, Genickstarre, und zu deren anderer Typhus und Ruhr gehören, während Tuberkulose eine Sonderstellung einnimmt.

Zweitens soll die Anwendung von Dampf und Formaldehyd, abgesehen von Fällen, die besondere Gefahr für die Verbreitung bieten, unterbleiben. Betten, Matratzen, Kleider, Teppiche werden nicht mehr nach der Desinfektionsanstalt verbracht und dort mit Dampf desinfiziert, sondern nur äußerlich mit Sublimatlösung abgewaschen oder abgerieben; auch fallen nicht die ganzen Umwandungen des Krankenzimmers und alle darin befindlichen Gegenstände der Behandlung mit desinfizierenden Lösungen oder der Formaldehyddesinfektion anheim, sondern nur die nächste Umgebung des Betts und die infektionsverdächtigen Gegenstände werden durch Befeuchten mit Sublimatlösung desinfiziert.

Damit werden zugleich die Kosten der Desinfektion stark herabgesetzt, die durch die Steigerung der Löhne und die hohen Preise für Kohlen und Formaldehyd eine unerschwingliche Höhe erreicht hatten.

Es fragt sich, ob bei diesen Aenderungen die Vorteile die Nachteile überwiegen.

Als wesentlichster Vorteil ist die Abkürzung der Frist zwischen Krankheitsende und Schlußdesinfektion zu registrieren. Ferner die Unterscheidung der zu wählenden Desinfektionsart je nach der vorliegenden Krankheit. Ferner das Vermeiden einer unnötigen Gründlichkeit und einer überflüssigen Ausdehnung der Desinfektion in einfach liegenden Fällen. Endlich die Reduktion der Kosten.

Nachteile können dadurch entstehen, daß in den Fällen, wo große Erwartungen an die Schlußdesinfektion geknüpft werden müssen, z. B. nach mehrfachen Erkrankungen in einer Familie, bei engen, überfüllten Räumen, bei starkem Verkehr von empfänglichen Menschen (Pensionaten, Schulen, Gasthäusern), oder bei besonders gefährlichen Seuchen (wohin z. B. alle unter die Kompetenz des Reichs fallenden Seuchen gehören), die vereinfachte Schlußdesinfektion ungenügendes leistet und nicht die erforderliche größtmögliche Sicherheit gewährleistet. In solchen Fällen kann allerdings der Arzt bezw. der Kreisarzt auch nach der neuen Desinfektionsordnung eine Schlußdesinfektion nach dem früheren Schema durch einen staatlich geprüften Desinfektor veranlassen.

Es wird vom hygienischen Standpunkt zu wünschen sein, daß derartige Ausnahmen, wo eine gründlichere Schlußdesinfektion

angeordnet wird, nicht allzu selten als vorliegend anerkannt werden. So zweckmäßig zweifellos für die größere Menge der Schlußdesinfektionen die vorgeschlagenen Vereinfachungen sind, so ist doch nicht zu verkennen, daß hier und da die vereinfachte Desinfektion einen ungenügenden Ersatz darstellt, und daß auch das in Desinfektion ausgebildete Pflegepersonal gesteigerten Anforderungen nicht so vollkommen gerecht werden kann, wie die amtliche Desinfektorenkolonne. Es erscheint um so weniger bedenklich, ausnahmsweise an letzterer festzuhalten, als in den neuen Bestimmungen ausdrücklich hervorgehoben ist, daß die Ortspolizeibehörde die Durchführung der Schlußdesinfektion möglichst sofort nach erfolgter Meldung anordnen soll.

Wird in dieser Weise in Fällen mit größerer Infektionsgefahr auf die früheren Bestimmungen zurückgegriffen, in dem Bewußtsein, daß die vereinfachte Desinfektion dann nur einen minderwertigen Ersatz und einen Notbehelf bedeuten würde, so ist der neuen Desinfektionsordnung die Erzielung einer wesentlichen Verbesserung namentlich für die durchschnittlich vorliegenden Verhältnisse nicht abzusprechen. Dieser Fortschritt resultiert aber nur aus der Vereinfachung und Beschleunigung der Schlußdesinfektion und hat mit der laufenden Desinfektion nur insofern etwas zu tun, als für diese das in der Desinfektion geschulte Pflegepersonal beschafft ist, das auch imstande ist, die vereinfachte Schlußdesinfektion auszuführen.

IV.

In verschiedenen Besprechungen der neuen Desinfektionsordnung wird mit besonderer Genugtuung hervorgehoben, daß auch die Reinigung als gültiges Desinfektionsverfahren wenigstens für die von Phthisikern bewohnt gewesenen Räume angesehen werden soll. Daran werden Hoffnungen und Wünsche geknüpft, daß die Reinigung demnächst in noch größerem Umfang die chemische Desinfektion ersetzen möge. „Wenn die Desinfektoren nur die chemische Desinfektion durchführen, die sog. mechanische Desinfektion, also die gründliche Reinigung der Wohnung, vernachlässigen, so ist der Nutzen der Desinfektion gleich Null“, schreibt ein Kollege in der diesjährigen Julinummer des „Praktischen Desinfektors“, und schon früher haben zahlreiche andere Kollegen sich ähnlich ausgesprochen.

Es ist mir schwer begreiflich, wie eine derartige Verwirrung der Begriffe noch in solcher Ausdehnung in ärztlichen Kreisen fortbestehen kann.

Angesichts der Wichtigkeit der Klärung dieses Punktes für die ganze Auffassung der Seuchenbekämpfung möchte ich auch an dieser Stelle noch einmal darauf hinweisen, daß Desinfektion und Reinigung in einem gewissen Gegensatz zueinander stehen und sich durchaus nicht beliebig vertreten können. — Reinigung hat nur die Entfernung der Verunreinigungen und eventuell der Krankheitserreger von dem zu

reinigenden Gegenstand im Auge, und sucht das Ziel durch Abwaschen mit Wasser und Seife oder durch Klopfen, Bürsten etc. zu erreichen. Was dabei aus den Verunreinigungen und Krankheitserregern wird und wohin diese gelangen, das ist für den Zweck der Reinigung belanglos, wenn nur der betreffende Gegenstand davon befreit wird. Bei der Seuchenbekämpfung kommt es aber in erster Linie darauf an, daß die Krankheitserreger nicht zu anderen empfänglichen Menschen gelangen; und dies geschieht bei rücksichtsloser Reinigung sehr leicht durch die Reinigungswässer, die Reinigungsutensilien und den Verkehr der mit der Reinigung betrauten Personen. — Lediglich bei solchen Krankheiten, deren Erreger als allverbreitet angesehen werden können (Staphylokokken, Tetanusbazillen etc.), und bei solchen, wo eine Infektion durch die bei der Reinigung fortgeschafften Keime gegenüber anderen Infektionsgelegenheiten völlig in den Hintergrund tritt, kann auch die Reinigung zur Bekämpfung einer ausgebrochenen Seuche herangezogen werden. Der letztere Fall liegt z. B. bei Tuberkulose vor, wo praktisch mit dem Zustandekommen einer Infektion durch die Schmutzwässer und Gebrauchsgegenstände, die bei der Reinigung einer vom Phthisiker verlassenen Wohnnng Tuberkelbazillen aufgenommen haben, nicht gerechnet zu werden braucht.

Dagegen kann bei anderen übertragbaren Krankheiten sehr wohl durch die Reinigung eine Gefährdung der umwohnenden Menschen eintreten. Unter ländlichen Verhältnissen habe ich selbst beobachtet, wie das von der Reinigung eines mit Choleradejekten verunreinigten Zimmers herrührende Wasser im Hofe im Rinnstein stagnierte und wie an diesem nachweislich Cholerakeime enthaltenden Abwasser Kinder spielten und sich infizierten. In anderen Fällen können die Kleider, Schürzen, Hände der reinigenden Frauen durch direkte Berührungen oder z. B. in der Küche durch Nahrungsmittel, Fliegen etc. Infektionen herbeiführen. Es kann zwar die Reinigung so vorsichtig ausgeführt werden, daß es voraussichlich nicht zu Infektionen kommt; aber ob und wie das möglich ist, das ist keine Aufgabe, mit der wir uns in der Praxis ernstlich beschäftigen können, sondern bei der Seuchenbekämpfung müssen wir diejenigen Mittel anwenden, die bei schematischer Anwendung am sichersten die Weiterverbreitung der Krankheitserreger verhüten. Und das gelingt zweifellos dadurch, daß an Ort und Stelle und ehe die infizierten Gegenstände mit Menschen in Berührung kommen konnten, die Keime durch chemische Desinfizientien oder Hitze abgetötet werden. Soll etwa, um den Bewohnern ein gutes Beispiel zu geben, auch Reinigung vorgenommen werden, so darf dies erst geschehen, nachdem die Tötung der Erreger an Ort und Stelle erfolgt ist; also z. B. Reinigung der Wäsche erst, nachdem sie in Lösung von Chemikalien gelegen hat, der Wohnung erst nach vollständig durchgeführter chemischer Desinfektion, der infizierten Hände erst, nachdem desinfizierende Lösung genügend

eingewirkt hat. Immer müssen wir uns bewußt bleiben, daß es bei notorischem Seuchenausbruch oder bei bestimmtem Seuchenverdacht nicht darauf ankommt, die Krankheitskeime aus den Wohnungen, von den Händen etc. fortzuschaffen, sondern vielmehr ihr Hingelangen zu anderen Menschen möglichst zu verhüten, und dazu ist die Tötung durch keimtötende Mittel an der Stelle, wo sich die Krankheitserreger befinden, am geeignetsten bezw. allein geeignet. Wir dürfen nicht in die früher namentlich bei der Bekämpfung der Tierseuchen herrschenden barbarischen Gewohnheiten zurückverfallen, wo die Entseuchung des ergriffenen Stalls oder Gehöfts einzige Aufgabe der Seuchenpolizei war; d. h. alles Infektionsverdächtige wurde vor allem aus dem Gehöft herausgeschafft, was aber aus dem fortgebrachten Stallmist, Wandbewurf etc. wurde und wer sich daran infizierte, darum kümmerte man sich nicht. Ungefähr den gleichen Zuständen würde man zustreben, wenn man bei ausgebrochenen Seuchen die Reinigung und Keimbefreiung an Stelle der Keimtötung zu setzen versuchte.

Trotzdem hat wohl jeder das Empfinden, daß doch nach allen Erfahrungen auch mit Reinigung im Kampf gegen die Seuchen allerlei zu erreichen ist. Das ist in der Tat richtig. Aber dabei ist leicht eine naheliegende Verwechslung im Spiel: es handelt sich dann eben nicht um Reinigung bei notorischer Infektionsgefahr, sondern um einen Schutz gegen unbewußte Infektionsgefahr durch Reinlichkeit, d. h. um Reinhaltung von Körper, Kleidung, Wohnung mittels regelmäßiger, fortgesetzter Reinigungsmaßnahmen. Man kann sich gegen Kontaktinfektionen von unbekannten Infektionsquellen aus entschieden dadurch schützen, daß man die Hände häufig wäscht, die Leibwäsche wechselt, die Wohnung rein hält, die Abfallstoffe beseitigt, für reines Wasser sorgt, kurz alles das tut, was uns in Form der persönlichen Reinlichkeit und der Städtereinigung so ausgezeichnete Erfolge gegenüber manchen Seuchen, namentlich Typhus und Cholera, gebracht hat.

Zur Abwehr unbewußter Infektionen ist daher gewohnheitsmäßige Reinlichkeit ein vorzügliches Mittel. Leider allerdings nicht gegenüber allen Infektionskrankheiten. Gerade in jetziger Zeit werden wir, dank dem Kulturfortschritt und der damit verbundenen Reinlichkeit von infektiösen Darmkrankheiten wenig mehr bedroht, dagegen in ganz überwiegendem und stetig ansteigendem Maße von infektiösen Erkrankungen der Atemorgane, Tuberkulose, Grippe etc., die in der Hauptsache nur in direktem Verkehr oder durch Hustentröpfchen übertragen werden, und bei denen die Reinlichkeit einen Schutz nicht bietet.

Kurz zusammengefaßt, bedeuten die neuen Desinfektionsvorschriften unleugbar einen Fortschritt, insofern sie die Möglichkeit zu einer besseren Durchführung der Desinfektion am Krankenbett gewähren; ferner insofern die Desinfektion nicht

so schablonenmäßig wie bisher gehandhabt und die Schlußdesinfektion in geeigneten Fällen — aber auch nur in diesen — vereinfacht und im unmittelbaren Anschluß an die Beendigung der Krankheit vom Pflegepersonal ausgeführt werden kann.

Daß ein Unterschied gegenüber den früheren Vorschriften darin besteht, daß die laufende Desinfektion jetzt wesentlich höher einzuschätzen ist als früher; ferner darin, daß infolge der erleichterten Ausführung der laufenden Desinfektion die Schlußdesinfektion überflüssig wird oder vereinfacht werden darf, kann nicht anerkannt werden. Die Schlußdesinfektion ist unter allen Umständen nötig, und weder die vereinfachte Schlußdesinfektion, noch die für Fälle von ernster Ausbreitungsgefahr unbedingt beizubehaltende frühere Schlußdesinfektion können durch die vorausgegangene laufende Desinfektion ersetzt werden.

Reinigung darf nur bei wenigen Seuchen zur Bekämpfung herangezogen werden. Meistens ist bei Seuchengefahr lediglich Tötung der Krankheitserreger der gegebene Schutz gegen deren Verbreitung, während Reinigung häufig die Ausbreitung zu unterstützen vermag. Dagegen ist gewohnheitsmäßige Reinlichkeit ein ausgezeichnetes Schutzmittel gegen unbewußte Gefährdung durch solche Seuchen, die vorzugsweise durch Kontakte übertragen werden.

Die neuen Desinfektionsvorschriften in Preussen.

Von Dr. R. Engelsmann, Kreisarzt in Kiel.

Durch Erlaß des Herrn Ministers für Volkswohlfahrt wurde am 8. Februar 1921 die Neubearbeitung der Desinfektionsvorschriften veröffentlicht. Zunächst ist festzustellen, daß die Vorschriften für die Desinfektion bei den gemeingefährlichen Krankheiten durch die neuen Bestimmungen nicht berührt werden. Es ist ein Verdienst von Frehse[1]), daß er auch diese Gruppe kritisch besprochen und vor der bisherigen Schranke nicht Halt gemacht hat. Trotzdem kann bei Krankheiten, die so bedrohlich verlaufen, bei denen für Kranke, krankheits- und ansteckungsverdächtige Personen die schärfsten Maßnahmen angeordnet werden können, auf die strenge Durchführung der Desinfektion und zwar als laufende und als Schlußdesinfektion nicht verzichtet werden. Daß diese Abgrenzung zwischen gemeingefährlichen und übertragbaren Krankheiten willkürlich ist, wird jeder zugeben. Auch hier wird die Zukunft Wandel schaffen, wenn die Bekämpfung aller übertragbaren Krankheiten durch ein Reichsgesetz geregelt werden wird.

Der Erlaß betont es einleitend, daß die laufende Desinfektion in den letzten Jahren immer mehr an Bedeutung gewonnen hat. Tatsächlich beginnen aber alle Desinfektionsanweisungen, die in den Sonderanweisungen zum Preußischen Gesetz vom Jahre 1905 erschienen sind mit dem Satz:

[1]) Oeffentliche Gesundheitspflege; 1920, H. 11.

„Die Desinfektion soll nicht nur ausgeführt werden, nachdem der Kranke genesen, in ein Krankenhaus oder in einen anderen Unterkunftsraum übergeführt oder gestorben ist (Schlußdesinfektion), sondern sie soll fortlaufend während der ganzen Dauer der Krankheit (Desinfektion am Krankenbett) stattfinden . . . .

Die Desinfektion am Krankenbett ist von ganz besonderer Wichtigkeit . . . .“

Kirchner[1]) schreibt seiner Zeit vorauseilend:

„Es wurde schon vorher darauf hingewiesen, daß eine regelmäßige und sorgfältige Durchführung der Desinfektion am Krankenbett die Hauptsache ist und eine Schlußdesinfektion beinahe überflüssig macht.“

Also der Gedanke ist nicht neu[2]), erscheint nur in neuem Gewande.

Woran liegt es, daß eine neue Desinfektionsanweisung erscheinen mußte? Doch nur darum, weil man an dem Nutzen der Schlußdesinfektion unter den bisherigen Verhältnissen zweifeln mußte.

Die regelrecht durchgeführte Schlußdesinfektion hat zur Voraussetzung daß, um wieder mit Kirchner zu reden, „die Ortsbehörden sich von dem Eintritt dieses Zeitpunktes stets genau versichern“; nämlich, wenn ein Kranker genesen, in ein Krankenhaus überführt worden oder gestorben ist. Die Ortspolizeibehörde kann aber nur mit Sicherheit den Tod erfahren; denn weder in Land- noch in Stadtkreisen kann sie feststellen, wann in den übrigen Fällen eine Schlußdesinfektion angeordnet werden soll. Bezeichnend hierfür ist z. B. die Beschwerde eines Amtsvorstehers darüber, daß ihm von einem Arzte nie der Zeitpunkt gemeldet wurde, wann bei Diphtherie die Schlußdesinfektion stattfinden sollte. Damals mußte ich antworten, daß nach dem Gesetz vom Jahre 1905 niemand verpflichtet ist, der Ortspolizeibehörde diesen Zeitpunkt zu melden.

---

[1]) Die Grundlagen der Seuchenbekämpfung; 1905.

[2]) In der s. Zt. vom Herausgeber dieser Zeitschrift verfaßten Ausführungsanweisung zu der im Reg.-Bez. Minden unter dem 21. Januar 1899 erlassenen Polizeiverordnung betr. Maßregeln gegen die Verbreitung ansteckender Krankheiten heißt es in den §§ 44 und 45:

„§ 44. Besonderer Wert muß darauf gelegt werden, daß die während des Bestehens der Krankheit erforderlichen Verhaltungs- und Desinfektionsmaßregeln genau beobachtet werden; denn die Verschleppung des Ansteckungsstoffes durch unvorsichtige Behandlung der Abgänge usw. der Kranken, durch Unterlassen der erforderlichen Reinigung und Desinfektion der von den Kranken benutzten Bett- und Leibwäsche, Kleidungsstücke usw. geschieht erfahrungsgemäß gerade während dieser Zeit.

§ 45. In denjenigen Krankheitsfällen, in denen ein Arzt zugezogen ist und von diesem bescheinigt wird, daß während des Bestehens und bei Beendigung der Erkrankung die erforderlichen Verhaltungs- und Desinfektionsmaßregeln genau beobachtet sind, kann von einer Wohnungsdesinfektion nach Ablauf der Krankheit Abstand genommen werden, falls eine solche nicht von dem Medizinalbeamtenverein für notwendig erachtet wird (z. B. bei wiederholten Erkrankungen von einer ansteckenden Krankheit in einem Hause oder einer Familie) oder es sich nicht um Erkrankungen an Cholera, Pocken, Flecktyphus und Scharlach handelt.“

Leider wurden aber diese Vorschriften, die sich durchaus bewährt hatten, durch die späteren Reichs- und Landesseuchengesetze außer Kraft gesetzt. Rpd.

Welche Uebelstände bis jetzt bestanden, und wie die Wirksamkeit der Desinfektion in keinem Verhältnis zu den hohen aufgewendeten Kosten stand, zeigt ferner folgende Uebersicht aus dem Kreise Plön für die Jahre 1919 und 1920.[1])

	Gesamtzahl	Diphtherie	dav. Genickstarre	Kindbettfieber	Lungentuberkulose	Scharlach	Typhus
Gemeldete Fälle von übertragb. Krankheiten	502/227	315/123	1/2	3/6	31/40	138/52	14/4
Von den Polizeibehörden wurden als desinfiziert gemeldet	185/51	86/28	0/0	0/2	9/11	40/8	0/2
Demnach nicht gemeldet	367/176	229/95	1/2	3/4	22/29	98/44	14/2
Auf Grund der Desinfektorenbücher wurden Desinfektionen ausgeführt	358/178	248/97	0/1	1/3	31/33	70/40	8/4
Also nicht ausgeführt .	144/49	67/26	1/1	2/3	0/7	68/12	6/1

Es wurden demnach im Kreise Plön von den Polizeibehörden 1919 26,9 %, 1920 22,5 % der Krankheitsfälle dem Kreisarzt als desinfiziert gemeldet. Ausgeführt wurde die Desinfektion bei übertragbaren Krankheiten 1919 in 71,1 %, 1920 78,9 % der Fälle. Hierzu kommt noch, daß der Zeitpunkt, an dem die Schlußdesinfektion ausgeführt wurde, recht unbestimmt war.

Im Landkreise Düsseldorf wurden im Jahre 1918 bei der Ruhrepidemie Behausungen angetroffen, in denen 8 Tage nachdem der an Ruhr Erkrankte ins Krankenhaus gebracht worden war, noch keine Schlußdesinfektion stattgefunden hatte. Was nützt eine Schlußdesinfektion nach diesem Zeitpunkt?

Jetzt, wo die Schlagworte „Schlußdesinfektion", „Laufende Desinfektion" zur Diskussion stehen, dürfte es angezeigt sein, diese Begriffe zu klären.

In den neuen Anweisungen wird für Kindbettfieber bestimmt, daß nur Abs. 3 des § 15 zu berücksichtigen ist, d. h. Desinfektion der Wäsche, Kleidung und persönlichen Gebrauchsgegenstände, des Wochenflusses und der anderen Absonderungen der Kranken, sowie der Vorlagen und etwaiger Verbandmittel. Eine Schlußdesinfektion erübrigt sich. Die Vorschriften für Hebammen und Pflegerinnen bleiben unverändert.

Bei Körnerkrankheit „kann auf die Schlußdesinfektion verzichtet werden, wenn nach ärztlichen Gutachten die laufende Desinfektion ordnungsgemäß durchgeführt ist."

In allen anderen Anweisungen wird der vereinfachten[2]) Schlußdesinfektion (ein ganz neuer Begriff), die nichts anderes ist, als der folgerichtige Abschluß der laufenden Desinfektion, die erweiterterte[2]) Schlußdesinfektion gegenübergestellt. Diese alte Form der Schlußdesinfektion soll aber nur in Anwendung kommen, wenn unter besonderen Umständen

---

[1]) In dieser Zusammenstellung bezieht sich immer die erste Ziffer auf das Jahr 1919, die zweite auf das Jahr 1920.

[2]) Zusätze des Verfassers.

der Arzt oder Kreisarzt sie für erforderlich erklärt. Dann soll z. B. in Pensionaten, überfüllten und besonders unsauberen Wohnungen die Desinfektion des ganzen Krankenzimmers und der in ihm enthaltenen Gegenstände, erforderlichenfalls unter Zuhilfenahme von Formaldehyd und der Dampfdesinfektion ausgeführt werden.

Jeder wird damit einverstanden sein, wenn die fortlaufende Desinfektion abgeschlossen wird durch gründliche Säuberung der Gegenstände, die schon während der Krankheit ständig desinfiziert werden mußten.

Beachtenswert ist, daß durchweg die 1‰ Sublimatlösung an erster Stelle steht; ihr im allgemeinen das verdünnte Kresolwasser und die Karbolsäurelösung gleichgestellt wird. Die 1% Formaldehydlösung, die früher für Messer und Gabeln, Spielsachen, Pelzwerk, Haar-, Nagel- und Kleiderbürsten vorgesehen war, ist abgeschafft. Für alle diese Gegenstände ist jetzt die 1‰ Sublimatlösung oder das Kresolwasser bestimmt.

Bei Typhus und Ruhr, Darm- und Nierentuberkulose soll für Stuhl bezw. Harn nur mehr Kalkmilch; für Badewasser bei Typhus nur Cholerakalkmilch verwendet werden.

Neu ist die wichtige Bestimmung, daß die benutzten Steckbecken und dergl. insbesondere auch deren Ränder mit Sublimatlösung auszuscheuern sind.

Bei der Unterweisung der Desinfektoren muß besonders betont werden, daß z. B. nach der Anweisung für Diphtherie (C,4) die 2% Sodalösung nur ein Reinigungs-, kein Desinfektionsmittel ist, was auch aus D,10 klar hervorgeht.

Der oft zitierte Min.-Erlaß vom 22. März 1912 bestimmte, daß Kleidungsstücke, die nicht gewaschen werden können und dergl., bei Tuberkulose ausschließlich im Dampfapparat desinfiziert werden müssen, während früher Desinfektion im Dampfapparat oder mit Formaldehyd vorgesehen war. Jetzt wird für alle diese Gegenstände die 5‰ Sublimatlösung vorgeschrieben. Nur wenn die Gefahr der Weiterverbreitung der Krankheit ungewöhnlich groß ist, wie in Pensionaten, überfüllten und besonders unsauberen Wohnungen — zusätzlich für Typhus und Tuberkulose — und in „Lebensmittelbetrieben“ wird unter Umständen eine Desinfektion des ganzen Krankenzimmers und aller in ihm enthaltenen Gegenstände unter Zuhilfenahme der Dampfdesinfektion notwendig.

In Nr. 12 findet sich der Satz: „Längere Zeit von Kranken getragene, voraussichtlich stärker infizierte Kleidung kann nur in der Dampfdesinfektionsanstalt (darunter ist wohl zu verstehen im Dampfapparat) sicher von Keimen befreit werden.“ Das ändert nichts an der Tatsache, daß die obligatorische Desinfektion für nicht waschbare Sachen im Dampfapparat bei Tuberkulose abgeschafft ist. In Landkreisen ließ sich dies in vielen Fällen nicht durchsetzen. Wäre es aber nicht besser gewesen, für Tuberkulose

die Desinfektion im Dampfapparat für diese Gegenstände beizubehalten mit dem Zusatz, in Landkreisen, wo dies wegen zu großen Entfernungen unmöglich oder zu kostspielig ist, kann die Desinfektion mit 5 ‰ Sublimatlösung vorgenommen werden? Gerade bei der Tuberkulose kann man die Ansteckung so schwer nachweisen, und muß sie stets auf mehrere Komponenten zurückführen; da sollte man lieber mit einem Sicherheitsfaktor rechnen!

Die Berichte aller Oberpräsidenten und Regierungspräsidenten, erstattet auf Grund des Min.-Erlasses vom 24. Dezember 1916, betr. Vernichtung tuberkulösen Auswurfes . . . ., werden in der Volkswohlfahrt Nr. 12 1920 S. 241 besprochen. Dort heißt es: „Neuere Untersuchungen haben ergeben, daß die 5 ‰ Sublimatlösung in die zähen Auswurfballen nicht genügend eindringt, um eine Abtötung aller Tuberkelbazillen zu bewirken“ und später: „diese Lösung ist aber nur wirksam, wenn der Auswurf vorher durch Sodalösung oder Antiformin aufgelockert ist“. Von diesem Bedenken liest man in der Desinfektionsanweisung für Tuberkulose nichts. Dort wird neben Verbrennen, Auskochen gleichwertig die 5 ‰ Sublimatlösung zur Desinfektion von Auswurf aufgeführt und zwar mit einer Wirkung von 4 Stunden.

In dem Erlaß vom 8. Februar 1921 heißt es (Volkswohlfahrt S. 191): „Hierzu ist zu bemerken, daß die Wirksamkeit der 5 ‰ Sublimatlösung gegenüber den Tuberkelbazillen bisher nur von einer zweiprozentigen Phobrollösung erreicht worden ist.“ Hier besteht also ein Widerspruch, der erst beseitigt werden wird, wenn wirklich ein wirksames chemisches Desinfektionsmittel für den Auswurf Tuberkulöser gefunden ist. Darauf mußte aber hingewiesen werden.[1])

Den dringenden Wunsch erfüllt allerdings die neue Desinfektionsanweisung, indem sie die Desinfektion beim Wohnungswechsel von Tuberkulösen vorschreibt. Auch hier ist zu begrüßen, daß der Zusatz „im vorgeschrittenen Stadium“, der sich in den älteren Bestimmungen der übrigen

---

[1]) Es ist dies um so notwendiger, als dieser Widerspruch auch in den Leitsätzen der Referenten auf dem diesjährigen Deutschen Tuberkulose-Kongreß am 19.—21. Mai zu Tage tritt. Von Geh. Med.-Rat Dr. Lentz werden die neuen Desinfektionsvorschriften bei Tuberkulose und dabei als hauptsächlichstes Desinfektionsmittel 5 ‰ Sublimatlösung empfohlen, während der folgende Berichterstatter Geh. Med.-Rat Prof. Dr. Uhlenhuth in seinem zweiten Leitsatz am Schluß sagt: „Lysoform und Sublimat mit und ohne bisherige Erweichung des Sputums durch Antiformin oder Soda versagen für diese Zwecke vollständig.“ Für die Praxis sind derartige wissenschaftliche Widersprüche in hohem Grade unangenehm; denn man kann doch unmöglich jemanden zwingen oder auch nur empfehlen, Geld für unwirksame Maßnahmen auszugeben. Sublimat ist überhaupt wegen seiner großen Giftigkeit das allerungeeignetste Desinfektionsmittel für die Praxis; seine Wiedereinführung als Hauptdesinfekionsmittel ist nach Ansicht des Herausgebers ein großer Fehler der neuen Anweisung. Rpd.

Bundesstaaten findet, weggelassen ist. Statt dessen hätte man erwartet: „ein Kranker, der an offener Tuberkulose leidet".

Preußen kommt mit dieser Bestimmung fast zuletzt; abgesehen von den Staaten, die wie Hessen, Mecklenburg, Anhalt, Bremen ganz auf eine gesetzliche Regelung der Tuberkulose verzichten.[1])

Was die technische Seite der neuen Desinfektionsanweisung betrifft, so ist die leicht faßliche klare Form sehr förderlich.

Am Anfang stets eine gemeinverständliche Belehrung unter A. Allgemeines; dann folgt B. Desinfektion von Krankentransportmitteln, C. Desinfektion am Krankenbett, D. Schlußdesinfektion. Hier sieht man mit Befremden, daß Desinfektion von Krankentransportmitteln bei Tuberkulose und Körnerkrankheit fehlt. Bedenkt man, daß schwerkranke Tuberkulöse in Landkreisen in Krankentragen stundenlang nach einem Krankenhause transportiert werden, dann muß man schmerzlich bedauern, daß wir auch jetzt keine gesetzliche Handhabe haben, diese Transportmittel desinfizieren zu lassen. Unter C. und D. wird nur das Wesentliche erwähnt in der durch die Krankheit bestimmten Reihenfolge.

Was nun die Organisation des Desinfektionswesens betrifft, so ist zunächst wieder mit Bedauern festzustellen, daß sie nicht vereinfacht, sondern komplizierter geworden ist. „Wenn auch nach wie vor die Beaufsichtigung des Desinfektionswesens zu den Obliegenheiten des Kreisarztes ..... gehört, so empfiehlt es sich doch ..... die Gemeindebehörden ..... an allen die Desinfektion betreffenden Fragen zu beteiligen", und: „Auch ist es notwendig, daß bei der Anordnung der Desinfektion, der laufenden sowohl als auch bei der Schlußdesinfektion den Wünschen des behandelnden Arztes, soweit irgend möglich, Rechnung getragen wird." Dies bedeutet eine Erschütterung der Stellung der Kreisärzte.[2]) Folgerichtig liest man in allen Desinfektionsanweisungen „vom Arzt oder Kreisarzt".

Die laufende Desinfektion soll von einer in einer staatlichen Desinfektorenschule ausgebildeten Pflegerin (Desinfektions-Seuchen-Fürsorgeschwester) oder, wo auch dies nicht möglich ist, von einem staatlich geprüften Desinfektor dauernd und regelmäßig überwacht werden.[3]) Bedeutet hier ausgebildet und geprüft einen Gegensatz? Es ist doch zu wünschen, daß man die laufende Desinfektion nur solchen Personen anvertraut, die den vorgeschriebenen Lehrgang von 14 bezw.

---

[1]) Vergl. Engelsmann: Entwurf eines Reichsgesetzes zur Bekämpfung der Tuberkulose. Veröffentlichung der Medizinalverwaltung; 1921, Bd. XII, H. 1.

[2]) Vergl. hierzu Engelsmann: Die Durchführung des Krüppelgesetzes in den Kreisen. Schleswig-Holsteinische Wohlfahrtspflege; 1921, Nr. 3.

[3]) Vergl. Engelsmann: Die Stellung der Desinfektoren durch die neuen Desinfektionsvorschriften in Preußen; Der praktische Desinfektor; 1921, H. 6.

versammlung
r 1920 (Z
rum den R
ung einer
fordert.

n in Zukunft
Ueberwachung
daß diese Per-
laufende Des-
sofort Meldung

ung wie die des
1920 „. . . . ist
Kreisarzt für
n *wird die Mit-*
der doch allein
Warum muß er
dem praktischen

ischen Gesetz
ung oder *Verb*
kann, wu
in den Sta

… Ergänz…
…aß
…es
…e, na…
…n hat…
…chselt.

…treichen

…tigung g…
… s. o.)
…tion betr…
…nen hinsic…
…es. (Der …
…er Kommun…

…er die Zuver…
…ktion ausgeb…
…unterrichten,
…ne Schlußdesin…
…ktor (s. o.) …n…
…gkeiten bereite…
Die Schlußdesi…
…raktischen Ärzte…
…ehörde!

…ständen die erw…
Daß dies auch …d…
…oben erwähnt.
…rlaß vom 8. Febru…
…arbeitung der Desin…

…larin die Wünsche d…
…blieben.

…Arbeitsweise aller im …
…trifft dies für Landkre…
…g und eine größere Wi…
…warten.

…zeiverordnung für den Reg.-Be…
…ige Bestimmung enthalten; §…
…iner der in § 1 genannten Kra…
…e in § 10 vorgeschriebene Schlu…
Krankheit gestorben, so haben…
…usw., in derem Hausstande oder…
…o der in § 1 festgesetzten Fris…
…polizeibehörde die Genesung oder…
…h dieser Richtung bedeutete die…
…den Reg.-Bezirk Minden einen…

8 Tagen mit staatlicher Prüfung beendet haben. Dann wird aber der Gegensatz zum staatlich geprüften Desinfektor hinfällig.

Es werden praktisch in Landkreisen die Gemeindeschwestern, in Stadtkreisen die hauptamtlich angestellten Desinfektoren in Betracht kommen. Schwierigkeiten werden erst da entstehen, wo keine Gemeindeschwestern in Landkreisen vorhanden oder diese zu sehr überlastet sind. Hier muß es den örtlichen Instanzen überlassen werden, das Richtige einzurichten. Es ist doch nicht unbedenklich, Gemeindediener mit der Ueberbringung der stark wirkenden Mittel zu betrauen.

Hier muß auf die Mitarbeit der praktischen Aerzte weitgehend gerechnet werden. Viel mehr als bisher müssen diese die Patienten über die Notwendigkeit und den Nutzen der Desinfektion aufklären. Ihnen sind durch die neuen Verordnungen viel größere Rechte eingeräumt worden. Hoffen wir, daß dadurch eine verständnisvolle Mitarbeit erzielt wird.

Von den oben genannten Personen kann sogleich eine Schlußdesinfektion vorgenommen werden. Hiervon ist dem Leiter der Ortspolizeibehörde sofort Meldung zu erstatten. Hält der Kreisarzt eine Schlußdesinfektion für notwendig, so kann er sie trotzdem im Benehmen mit dem behandelnden Arzt anordnen. Im übrigen ist sie von der Ortspolizeibehörde möglichst sofort nach erfolgter Meldung der Verbringung des Kranken in ein Krankenhaus, der Genesung oder des Todes anzuordnen.

Geh. Med.-Rat Wodtke hat auf der Herbstversammlung der Medizinalbeamten der Provinz Sachsen Oktober 1920 (Zeitschrift für Medizinalbeamte; 1921, Nr. 1) wiederum den Ruf „Los von der Polizei" erhoben und die Einrichtung einer Gesundheitspolizei unter Leitung des Kreisarztes gefordert.

Wesentlich wirksamer wird die Desinfektion in Zukunft sein dadurch, daß der Kranke dauernd unter der Ueberwachung der Desinfektoren steht. Man darf annehmen, daß diese Personen die Schlußdesinfektion sofort selbst an die laufende Desinfektion anschließen und hiervon der Ortspolizei sofort Meldung machen.

Warum ist in Preußen eine so klare Fassung wie die des § 20 des Lippeschen Gesetzes vom 12. April 1920 „. . . . ist eine Desinfektion anzuordnen, wenn es der Kreisarzt für notwendig erklärt," nicht möglich? Warum wird die Mitteilung nicht an den Kreisarzt vorgeschrieben, der doch allein beurteilen kann, ob die Ausführung genügt? Warum muß er sich erst, wenn er sie für ungenügend hält, mit dem praktischen Arzt ins Benehmen setzen?

Daß die Ortspolizeibehörde nach dem Preußischen Gesetz von 1905 keine Meldung von der Genesung oder Verbringung eines Kranken in ein Krankenhaus erhalten kann, wurde oben schon ausgeführt. Es wäre also, um diese in den Stand

zu setzen, die Desinfektion sofort anzuordnen, in Ergänzung des Preußischen Gesetzes zu bestimmen gewesen[1]), daß der behandelnde Arzt und alle sonst im § 2 des Gesetzes vom 28. April 1905 genannten Personen der Ortspolizeibehörde, nach unserer Forderung dem Kreisarzte zu melden haben, wenn der Kranke 1. genesen, 2. die Behausung gewechselt hat oder 3. in ein Krankenhaus übergeführt wurde.

Es ist von Wichtigkeit, die Stellen zu unterstreichen, die die Arbeit des Kreisarztes betreffen.

I. Es liegt ihm nach wie vor die Beaufsichtigung des Desinfektionswesens ob. (Einschränkungen s. o.)

II. Die mit der Ausführung der Desinfektion betrauten Desinfektoren und Schwestern unterstehen hinsichtlich ihrer Berufstätigkeit der Aufsicht des Kreisarztes. (Der Zusatz ist von keiner Bedeutung.) Hier wird klar der Kommunalarzt ausgeschaltet.

III. Der Kreisarzt hat sich dauernd über die Zuverlässigkeit der Desinfektoren und der in der Desinfektion ausgebildeten Schwestern und sonstigen Pflegerinnen zu unterrichten, und in jedem einzelnen Falle darauf zu sehen, ob eine Schlußdesinfektion durch einen staatlich geprüften Desinfektor (s. o.) nötig ist. Daß dies in Landkreisen große Schwierigkeiten bereiten wird, wird allen Landkreisärzten klar sein. Die Schlußdesinfektion hat er dann „im Benehmen mit dem praktischen Arzte“ anzuordnen, aber wieder durch die Polizeibehörde!

IV. Er hat unter besonderen Umständen die erweiterte Schlußdesinfektion anzuordnen. Daß dies auch der praktische Arzt tun kann, wurde schon oben erwähnt.

Zusammenfassend: Der Erlaß vom 8. Februar 1921 bringt eine einschneidende Neubearbeitung der Desinfektionsvorschriften.

In manchen Punkten sind darin die Wünsche der Medizinalbeamten unberücksichtigt geblieben.

Aus einer gewissenhaften Arbeitsweise aller im Erlaß erwähnten Personen, -- besonders trifft dies für Landkreise zu —, ist eine wesentliche Verbilligung und eine größere Wirksamkeit des Desinfektionswesens zu erwarten.

---

[1]) In der oben erwähnten Polizeiverordnung für den Reg.-Bez. Minden vom 26. Januar 1899 war eine derartige Bestimmung enthalten; § 6 bestimmte nämlich: „Ist eine Person, die an einer der in § 1 genannten Krankheiten erkrankt war, soweit genesen, daß die in § 10 vorgeschriebene Schlußdesinfektion erfolgen kann, oder infolge der Krankheit gestorben, so haben der Haushaltungs- oder Anstaltsvorstand usw., in derem Hausstande oder Hause der Erkrankte sich befindet, innerhalb der in § 1 festgesetzten Frist — (binnen 24 Stunden) der zuständigen Ortspolizeibehörde die Genesung oder den Todesfall anzuzeigen.“ Also auch nach dieser Richtung bedeutete die Reichs- und Landesseuchengesetzgebung für den Reg.-Bezirk Minden einen wesentlichen Rückschritt.

zu setzen, die Desinfektion sofort [illegible]
des Preußischen Gesetzes zu bestimmen [illegible]
behandelnde Arzt und alle sonst im [illegible]
28. April 1905 genannten Personen der [illegible]
unserer **Forderung** dem Kreisarzt [illegible]
wenn der Kranke 1. genesen, 2. die [illegible]
oder 3. in ein Krankenhaus übergeführt [illegible]

Es ist von Wichtigkeit, die [illegible]
die **Arbeit des Kreisarztes** [illegible]

I. Es liegt ihm nach wie vor die [illegible]
Desinfektionswesens ob. [illegible]

II. Die mit der Ausführung der [illegible]
Desinfektoren und **Schwestern** [illegible]
ihrer Berufstätigkeit der Aufsicht [illegible]
ist von keiner Bedeutung.) Hier [illegible]
ausgeschaltet.

III. Der Kreisarzt hat sich [illegible] Zuverlässig-
keit der Desinfektoren und der in [illegible] ausgebildeten
Schwestern und sonstigen Pflegerinnen [illegible] und in
jedem einzelnen Falle darauf zu sehen, ob eine Schlußdesinfektion
durch einen staatlich geprüften Desinfektor [illegible] nötig ist.
Daß dies in Landkreisen große Schwierigkeiten [illegible] wird,
wird allen Landkreisärzten klar sein. Die Schlußdesinfektion
hat er dann „im Benehmen mit dem praktischen Arzte" anzu-
ordnen, aber wieder durch die Polizeibehörde.

IV. Er hat unter besonderen Umständen die [illegible]
Schlußdesinfektion anzuordnen. [illegible] der prak-
tische Arzt tun kann, wurde schon [illegible]

Zusammenfassend: Der Erlaß vom 8. Februar 1921
bringt eine einschneidende Neuregelung der Desinfektions-
vorschriften.

In manchen Punkten sind [illegible] die Wünsche der Medi-
zinalbeamten unberücksichtigt geblieben.

Aus einer gewissenhaften [illegible] aller im Erlaß er-
wähnten Personen, -- besonders [illegible] Landkreise zu --
ist **eine** wesentliche Verbilligung und eine größere Wirksamkeit
des Desinfektionswesens zu erwarten.

---

1) In der oben erwähnten Polizeiverordnung für den Reg.-Bez. Minden
vom 26. Januar 1899 war eine derartige Bestimmung enthalten; § 6 [illegible]
nämlich: „Ist eine Person, die an einer der [illegible] genannten Krankheiten er-
krankt war, soweit genesen, daß die in § [illegible] Schlußdesinfektion
erfolgen kann, oder infolge der Krankheit gestorben, so haben [illegible]
haltungs- oder Anstaltsvorstand usw., in deren Hausstande [illegible]
Erkrankte sich bef[illegible] innerhalb der in § [illegible] festgesetzten Frist
24 Stunden) [illegible] Polizeibehörde die Genesung oder [illegible]
fall anzu[illegible] dieser Bestimmung bedeutete [illegible]
Landess[illegible] Reg.-Bezirk Minden eine
Rücksc[illegible]

Vorläufiger kurzer Bericht über die am 10. und 11. September d. J. in Nürnberg abgehaltene XI. Hauptversammlung des Deutschen Medizinalbeamtenvereins und die damit verbundenen Hauptversammlungen des Preussischen (XXXII.) und Bayerischen Medizinalbeamtenvereins (XV.).

Noch niemals hat sich bisher eine Hauptversammlung des Deutschen Medizinalbeamtenvereins eines so zahlreichen Besuches erfreut wie die vor wenigen Tagen in Nürnberg abgehaltene. Nicht weniger als 267 Teilnehmer waren erschienen, darunter 121 aus Preußen, 103 aus Bayern und 43 aus den übrigen deutschen Ländern; kein deutsches Land, keine preußische Provinz oder bayerischer Regierungsbezirk waren unvertreten geblieben und mit Rücksicht auf die Bedeutung und Wichtigkeit der auf der Tagesordnung stehenden Gegenstände hatten auch sowohl die Reichsregierung, als die Regierungen der meisten deutschen Länder (Bayern, Sachsen, Württemberg, Baden, Thüringen, Oldenburg, Braunschweig, Mecklenburg-Strelitz, Schwarzburg-Sondershausen, Reuß ältere und jüngere Linie und Lippe) Vertreter entsandt. Auch das preußische Justizministerium hatte einen Vertreter abgeordnet, dagegen war das preußische Ministerium für Volkswohlfahrt, insbesondere dessen Abteilung für Volksgesundheitswesen unvertreten geblieben, was von der Versammlung lebhaft bedauert wurde (siehe später). Infolge der überausgroßen Teilnahme seitens der Vereinsmitglieder, der vorzüglichen Ausführungen sämtlicher Berichterstatter, der sich daran anschließenden ungemein lebhaften und anregenden Aussprache und der vortrefflichen Leitung der Versammlung durch den jetzigen Vorsitzenden, Herrn Geh. Med.-Rat Dr. Wodtke-Jena, war ihr Verlauf ein glänzender und nach jeder Richtung hin befriedigender; dies gilt aber auch von den beiden Versammlungen des Preußischen und Bayerischen Medizinalbeamtenvereins, die den Mitgliedern dieser beiden Vereine reiche Gelegenheit boten, sich über alle, die Medizinalbeamten betreffenden beruflichen und wirtschaftlichen Angelegenheiten gründlich auszusprechen und alle ihre berechtigten Wünsche in dieser Hinsicht zum Ausdruck zu bringen.

Mit Rücksicht darauf, daß mit der Veröffentlichung des vollständigen Berichts über die Versammlungen voraussichtlich schon in einer der nächsten Nummern dieser Zeitschrift begonnen werden wird, soll heute nur ein kurzer Ueberblick über ihren Verlauf unter Mitteilung der im Anschluß an Geschäftsberichte, Vorträge und Aussprachen gefaßten Beschlüsse gegeben werden, wobei gleichzeitig bemerkt sein möge, daß fast alle diese Beschlüsse in den Tags zuvor abgehaltenen Vorstandssitzungen des Deutschen, Preußischen und Bayerischen Medizinalbeamtenvereins vorberaten bezw. vorbereitet waren. Der Vorstand der preußischen Medizinalbeamten war bei

Vorbereitung noch durch Vertreter aus den einzelnen Provinzen erweitert.

A. XI. Hauptversammlung des Deutschen Medizinalbeamten-Vereins.

Nach dem von dem Geschäftsführer des Deutschen Medizinalbeamtenvereins Herrn Prof. Dr. Sieveking, Physikus in Hamburg erstatteten Geschäftsberichte und Kassenberichte zahlt der Verein zur Zeit 1338 Mitglieder, darunter 754 aus Preußen, 310 aus Bayern, 274 aus den übrigen deutschen Ländern (gegen 1400 im Jahre 1919). Seit der letzten Versammlung sind 60 Mitglieder gestorben, 127 ausgetreten und 125 neu eingetreten. Die Ausgaben für den Verein haben sich im letzten Jahre namentlich durch die erhöhten Druckkosten, vermehrte Aufklärungsarbeit usw. derartig gesteigert, daß sich eine wesentliche Erhöhung des Jahresbeitrages nicht umgehen läßt. Es wurde deshalb einstimmig beschlossen, diesen für 1922 auf 40 Mark festzusetzen. Der Vorstand soll künftighin nur aus 12 Mitgliedern bestehen; es wurden demzufolge nur an Stelle des verstorbenen Vorstandsmitgliedes Obermed.-Rat Dr. von D'All-Arnim-München, der Bezirksarzt Dr. Kaspar in München und an Stelle des bisherigen Vorsitzenden, Geh. Med -Rat Prof. Dr. Rapmund, der zum Ehrenvorsitzenden ernannt wurde, Kreisarzt Dr. Wollenweber in Dortmund gewählt. Im übrigen fand eine Wiederwahl der bisherigen Vorstandsmitglieder statt, soweit sie nicht inzwischen verstorben (Geh. Ober-Med.-Rat Dr. Hauser-Darmstadt) waren bezw. eine Wiederwahl abgelehnt hatten (Geh. Med.-Rat Dr. Engelbrecht-Braunschweig).

Es folgten hierauf zwei sehr eingehende und vortreffliche **Berichte über die Entwürfe zu einem Deutschen Strafgesetzbuch** (1913 und 1919) von Geh. Med.-Rat Prof. Dr. Schultze-Göttingen und Med.-Rat Prof. Dr. Lochte-Göttingen. Die Ausführungen des ersten Berichterstatters betrafen hauptsächlich psychiatrische Fragen (Unzurechnungsfähigkeit, Trinker und Jugendliche), während der Mitberichterstatter die übrigen für den Gerichtsarzt wichtigen Bestimmungen des Entwurfs (Körperverletzung und Tötung, Operationsrecht und ärztliche Kunstfehler, Wahrung des Berufsgeheimnisses, Abtreibung usw.) besprach. An die beiden Vorträge schloß sich eine sehr lebhafte Aussprache an, die in Uebereinstimmung mit den Berichterstattern zu dem Beschluß führte, daß die Verhandlungen der Reichsregierung zur Berücksichtigung überwiesen werden sollen. Weiterhin wurde einstimmig beschlossen, daß die XI. Hauptversammlung des Deutschen Medizinalbeamtenvereins unbedingt die Beibehaltung der bisherigen Bestrafung der künstlichen Fruchtabtreibung aus nicht ärztlichen Gründen für notwendig und die Einführung einer Anzeigepflicht für alle aus ärztlichen Gründen vorgenommenen künstlichen Unterbrechungen der Schwangerschaft für erforderlich erachte.

Auch die Verhandlungen über den zweiten Gegenstand der Tagesordnung des ersten Sitzungstages: **Die einheitliche Gestaltung der staatsärztlichen Prüfung im Deutschen Reich** gestaltete sich im Anschluß der vorzüglichen Vorträge der beiden Berichterstatter: Geh. Ob.-Med.-Rat Prof. Dr. Abel-Jena und Geh. Med.-Rat Prof. Dr. Strassmann-Berlin sehr lebhaft und interessant. Es kam allgemein zum Ausdruck, daß die staatsärztliche Prüfung auch künftighin gerichtliche Medizin, Hygiene und öffentliches Gesundheitswesen umfassen müsse und nicht in zwei besondere Prüfungen zu trennen sei. Im übrigen wurde beschlossen, daß eine „einheitliche Gestaltung der staatsärztlichen Prüfung im Deutschen Reiche erwünscht und auch unschwer durchführbar sei".

Am zweiten Sitzungstage sprach zunächst Prof. Dr. Rimpau-München über die **Vereinheitlichung der Seuchenbekämpfung im Deutschen Reiche** und begründete in eingehender Weise die von ihm aufgestellten Leitsätze, in denen eine solche auch für die Heimseuchen und vor allem eine größere Selbständigkeit der Gesundheitsbeamten gegenüber den Verwaltungsbehörden bei der Seuchenbekämpfung gefordert wurde. Seine ausgezeichneten Ausführungen veranlaßten eine äußerst lebhafte Aussprache,

nach deren Schluß die vom Berichterstatter aufgestellten Leitsätze einstimmig angenommen wurden mit dem Zusatz, daß die Anzeigepflicht auch für Varizellen (bei Erwachsenen) und bei Verdacht von Paratyphus einzuführen ist, sowie daß alle Beschränkungen nicht nur bei den Anordnungen und Ausführungen der Ermittelungen, sondern auch bei der Unterbringung der Kranken in einem Krankenhaus fortzufallen haben und daß die Kosten zur Bekämpfung der ansteckenden Kranken soweit als möglich aus öffentlichen Mitteln zu tragen sind.

Den Schluß der Tagung bildete der Vortrag des Herrn Med.-Rats Dr. Bundt, Kreisarzt in Halle a. S. **über die bisherigen Leistungen der öffentlichen Gesundheitspflege und der Medizinalverwaltung in dem Deutschen Reiche und in den Einzelstaaten nach dem Kriege und ihre Aufgaben für die Zukunft.** Nach einem vorzüglichen und erschöpfenden Ueberblick über die bisherigen Leistungen behandelte Berichterstatter in eingehender Weise namentlich die Stellung der Medizinalbeamten in den einzelnen deutschen Ländern und schließlich die in dieser Hinsicht zu stellenden Forderungen. Seine Ausführungen fanden sehr großen Beifall und riefen eine ungemein lebhafte Aussprache herbei. Zunächst wurde von verschiedenen Seiten lebhaft bedauert, daß „die Medizinalverwaltung Preußens, als des größten deutschen Landes, zu der diesjährigen Hauptversammlung des Deutschen Medizinalbeamtenvereins, auf der so aktuelle und für das öffentliche Gesundheitswesen wichtige Fragen zur Verhandlung standen, im Gegensatz zur Reichsregierung und den Staatsregierungen anderer deutschen Länder keinen Vertreter entsandt hat“ und diesem Bedauern in einer einstimmig angenommenen Resolution Ausdruck gegeben. Weiterhin wurde der namentlich von Sozialhygienikern gegen die Medizinalbeamten mehrfach erhobene Vorwurf der Untüchtigkeit und Untätigkeit auf sozialhygienischem Gebiete energisch zurückgewiesen, anderseits aber betont, daß im öffentlichen Interesse ein gemeinsames Arbeiten der staatlichen und kommunalen Gesundheitsbeamten liege und dazu auch die ersteren gern bereit seien. In der Aussprache wurden überhaupt so ziemlich alle beruflichen und wirtschaftlichen Interessen der Medizinalbeamten erörtert und schließlich die von dem Berichterstatter aufgestellten Leitsätze einstimmig angenommen. Außerdem fand ein vom Ober-Medizinal-Rat Dr. Köstlin, Stadtdirektionsarzt in Stuttgart, gestellter Antrag einstimmige Annahme, in dem gegen die Verleihung des Titels „Reg.-Med.-Rat“ an die Versorgungsärzte energisch Protest erhoben und die Reichsregierung ersucht wird, diesen Aerzten eine andere Amtsbezeichnung zu geben.

B. XXXII. Hauptversammlung der Preußischen Medizinalbeamtenversammlung.

Die Hauptversammlung, die diesmal nicht öffentlich war, und hauptsächlich zu einer **freien Aussprache über die amtliche Stellung und wirtschaftliche Lage der Preußischen Medizinalbeamten** diente, war überaus zahlreich besucht und hat jedenfalls allen Teilnehmern (121) reichlich Gelegenheit zu dieser Aussprache gegeben. Es ist davon auch in der ausgiebigsten Weise Gebrauch gemacht ebenso wie in der Tags zuvor abgehaltenen erweiterten Vorstandssitzung, an der Vertreter fast aus allen Provinzen teilnahmen. Es kann hier nicht auf alle Einzelheiten eingegangen werden; jedenfalls waren alle Teilnehmer auf Grund des von dem Schriftführer, Med.-Rat Dr. Bundt-Halle a S., erstatteten **Geschäftsbericht** überzeugt, daß seitens des Vorstandes alles aufgeboten war, um die Interessen der Medizinalbeamten wahrzunehmen und ihren berechtigten Wünschen Geltung zu verschaffen. Allgemein wurde aber bedauert, daß diese Wünsche bei der Medizinalverwaltung so wenig Berücksichtigung gefunden und auf zahlreiche Eingaben entweder gar keine oder eine unbefriedigende Antwort eingegangen sei. Es wurde deshalb einstimmig gefordert, daß alle Forderungen dem Herrn Minister persönlich vorgetragen und bei Gelegenheit dieser mündlichen Besprechung alle sonstigen Wünsche und Beschwerden der Medizinalbeamten zum Ausdruck gebracht werden müßten. Unter diesen Beschwerden bildete die bisher noch immer nicht erledigte Regelung der Amtsbezeichnung eine wichtige Rolle.

Nach längerer Debatte darüber wurde auf Vorschlag des Vorstandes einstimmig beschlossen, an das Preußische Staatsministerium folgendes Telegramm abzusenden:

„Die heutige sehr zahlreich aus allen preußischen Provinzen besuchte XXXII. Hauptversammlung des Preußischen Medizinalbeamtenvereins hat einstimmig die Amtsbezeichnung „Kreismedizinalrat" für den Kreisarzt abgelehnt und ebenfalls einstimmig beschlossen, die Staatsregierung zu bitten, den Kreisassistenzärzten die Amtsbezeichnung „Medizinalassessor", den Kreisärzten die Amtsbezeichnung „Kreisarzt und Medizinalrat" bezw. „Obermedizinalrat", dem Regierungs- und Medizinalrat die Amtsbezeichnung „Oberregierungsrat" zu geben. Der Vereinsvorstand bittet, diesem Antrage stattzugeben".

Gleichzeitig wurde der Vorstand beauftragt ein Telegramm gleichen Inhalts an den Herrn Minister für Volkswohlfahrt zu richten mit der Bitte, die Gewährung dieser Bitte warm zu befürworten.

Weiterhin wurden noch folgende Beschlüsse gefaßt:

1. Die vollbesoldeten Kreisärzte sind der Besoldungsgruppe XI mit Aufrückung in Gruppe XII, die Reg.- und Med.-Räte der Gruppe XII mit Aufrückung in Gruppe XIII einzureihen; die Aufrückung hat lediglich nach dem Dienstalter zu erfolgen.

2. Auch die nicht vollbesoldeten Kreisärzte müssen in gleicher Weise wie die vollbesoldeten in eine höhere Besoldungsgruppe aufrücken.

2. Bei Festsetzung des Besoldungs- und des Ruhegehalts-Dienstalters sind drei Jahre der Hochschulzeit, das praktische Jahr und drei Jahre der praktischen Tätigkeit nach erhaltener Approbation in Anrechnung zu bringen.

4. Den Regierungs- und Medizinalräten, die vor ihrer Pensionierung eine besondere pensionsfähige Zulage von 600 M. erhalten und sich demgemäß in gehobener Stellung befunden haben, ist das Ruhegehalt einer Aufrückungsstelle zu gewähren.

5. Das Ruhegehalt der nicht vollbesoldeten Kreisärzte ist ebenso hoch zu bemessen, wie das der vollbesoldeten.

Zu den verschiedenen **Anträgen auf Aenderung der Satzungen** lag ein neuer Entwurf vor, der nach den in Nr. 13, S. 249 und Nr. 15, S. 321 dieser Zeitschrift mitgeteilten Grundsätzen von Geh. Med.-Rat Dr. Rapmund ausgearbeitet war.[1]) Allseitig wurde eine Reorganisation des Vereins nach diesen Grundsätzen für unbedingt notwendig erachtet und nach längerer Aussprache der Vorstand beauftragt, die Bildung von Bezirksvereinen, wo solche noch nicht bestehen, zu veranlassen; diesen ist dann der Entwurf der Satzungen zur Durchberatung zuzuschicken mit dem Ersuchen, die ihnen zustehenden Vertreter zu wählen. Sobald als möglich, jedenfalls noch im Laufe dieses Jahres ist ein Vertretertag einzuberufen, der die endgültige Fassung der Satzungen beschließen und die Neuwahl des Vorstandes vorzunehmen hat. Der bisherige Vorstand erklärt sich bereit, bis dahin die Geschäfte weiterzuführen; an Stelle des inzwischen ausgeschiedenen Vorstandsmitgliedes Geh. Med.-Rat Dr. Weißenborn-Berlin wird Med.-Rat Dr. Rogowski-Berlin und an Stelle des zum Ehrenvorsitzenden ernannten bisherigen Vorsitzenden Geh. Med.-Rat Dr. Rapmund Kreisarzt Dr. Wollenweber-Dortmund zum Vorstandsmitgliede gewählt. Außerdem wird Geh. Med.-Rat Dr. Schlüter-Gütersloh mit Rücksicht auf seine außerordentlichen Verdienste um die Förderung und Geschäftsführung der Jubiläumsstiftung zum Ehrenmitgliede gewählt.

Der Jahresbeitrag wird mit Rücksicht auf die große Steigerung der Unkosten für das laufende Jahr auf 60 Mark erhöht, so daß noch 25 Mark nachzuzahlen sind. Für das Jahr 1922 soll seine Höhe durch den Vertretertag festgesetzt werden.

---

[1]) Der Satzungsentwurf wird in der nächsten Nummer der Zeitschrift abgedruckt werden.

In der darauffolgenden **Generalversammlung der Jubiläumsstiftung** wurde dem Schrift- und Kassenführer Entlastung erteilt und gleichzeitig § 1 der Satzungen dahin abgeändert, daß die Stiftung künftighin nur Unterstützungszwecken dienen soll. Rpd.

C. XV. Landesversammlung des Bayerischen Medizinalbeamtenvereins.

Anwesend 103 Mitglieder: als Vertreter der Staatsregierung Geh. Prof. Dr. Dieudonné. Nach Erstattung **I.** des **Geschäfts- und Kassenberichts** wird dem Schriftführer Dr. Schuster Entlastung erteilt.

II. Im Anschluß an den **Tätigkeitsbericht der Vorstandschaft**, der die volle Billigung der Versammlung fand, gab der Landesvorsitzende die Richtlinien bekannt, die nach Auffassung der Vorstandschaft für weitere Schritte in der Besoldungsordnung und in den einschlägigen Fragen maßgebend sein sollten. Die Versammlung erklärte sich mit den Ausführungen der Versammlung einverstanden. Auf Antrag von Ob.-Med.-Rat Dr. Kühn-Kaiserslautern wurde nachstehende Verlautbarung einstimmig beschlossen:

„Die Mitgliederversammlung hält die im Stellennachweis vorgesehene Zahl von 12 Vorrückungsstellen für Bezirksärzte für durchaus ungenügend und beauftragt die Vorstandschaft, die nötigen Schritte zu tun, eine wesentlich größere Anzahl von Vorrückungsstellen ähnlich dem Hundertverhältnis der Vorrückungsstellen in Preußen zu erwirken."

Es wird vom Landesvorsitzenden als notwendig bezeichnet, die Abgeordneten in eingehender Weise über die Lage der Medizinalbeamten (Umfang der Dienstgeschäfte, Unzulänglichkeit des Ruhegehaltes, Fehlen einer Dienstaufwandentschädigung für Einrichtung, Miete, Beheizung, Beleuchtung und Reinigung der Diensträume aufzuklären. Der Landesvorsitzende bittet alle Mitglieder, ihn tatkräftig hierin zu unterstützen.

III. Ob.-Med.-Rat Dr. Graßl-Kempten berichtete über die Verhandlungen der Vorstandschaft über **Dienstaversum und Dienstaufwandentschädigung** und betonte die Notwendigkeit einer Erhöhung. In der Aussprache wurde darauf hingewiesen, daß der amtliche Gebührenanfall durch die Auslagen für Miete, Beleuchtung und Beheizung des Dienstzimmers unter den jetzigen Verhältnissen zum größten Teil oder völlig aufgebraucht würde.

Geheimrat Prof. Dr. Dieudonné teilte mit, daß im Voranschlag des Staatshaushaltes für das kommende Jahr die Summe für Dienstaversen wesentlich erhöht worden sei. Gleichwohl wurde der Landesvorsitzende ersucht, mündliche Verhandlungen im Staatsministerium des Innern einzuleiten.

IV. Nach Vorschlag der Vorstandschaft wurde beschlossen, den **Vorstand** durch einen stellvertretenden Kreisvorsitzenden und 3 weitere Mitglieder zu erweitern. Die Satzungen wurden dementsprechend geändert.

Ob.-Med.-Rat Dr. Graßl berichtet über die vom Kreisvorsitzenden erfolgte Neuwahl der Vorstandschaft. Der bisherige Landesvorsitzende Ob.-Reg.-Rat Dr. Frickhinger-München wurde ebenso wie der bisherige Schriftführer Kassenwart Polizeiarzt Schuster-Augsburg einstimmig wiedergewählt.

V. Wünsche und Anträge.

1. Der Antrag des Ob.-Med.-Rats Dr. Heißler, das Staatsministerium des Innern um Aufhebung der Verordnung vom 15. 10. 20 zu ersuchen, wonach Zeugnisse für Reichsfinanzbeamte ohne Gebührenansatz ausgestellt werden müssen, wird einstimmig angenommen.

2. Die Auszahlung der Impfgebühren soll nicht mehr von der vorgängigen Prüfung durch die Kreisregierungen abhängig gemacht werden.

3. Betreffs der Amtsbezeichnung ist die Versammlung in ihrer überwiegenden Mehrheit der Anschauung, es vorerst bei der bisherigen Bezeichnung „Landgerichtsarzt" und „Bezirksarzt" zu belassen. Für verdiente ältere Medizinalbeamte ist aber eine baldige Wiedereinführung eines Auszeichnungstitels notwendig.

4. Eine Neuauflage des Gebhardschen Hilfsbuches ist erwünscht. Geh.-Rat Prof. Dr. Dieudonné gibt bei dieser Gelegenheit bekannt, daß die

Herausgabe eines ärztl. Handbuches nach 7 jähriger Pause demnächst erfolgen wird; sie ist durch einen größeren Zuschuß von Seiten des Staatsministeriums ermöglicht worden.

5. Der Landesvorsitzende gibt noch bekannt, daß das Staatsministerium des Innern den Landgerichtsärzten und Bezirksärzten die Teilnahme an der gemeinsamen Tagung durch die Erlaubnis, Reisekosten und Tagegelder auf die Pauschgebühr für Dienstreisen zu verrechnen, erleichtert habe und spricht dem anwesenden Vertreter der Staatsregierung hierfür den wärmsten Dank der Versammlung aus. K. Fr.

Zusammenfassender Bericht über die Landesversammlungen des Bayer. Medizinalbeamtenvereins in der Kriegs- und Nachkriegszeit: XII. L.-V. am 29. 6. 1918, XIII. L.-V. am 18. 10. 19 und XIV. L.-V. am 4. 7. 20, sämtlich in München.

Kurz nach der XI. Landesversammlung, die in Neustadt a. H. am 11. und 12. Juli 1914 glänzend verlaufen war, brach der Weltkrieg aus. Alle Sonder-Interessen traten zurück gegenüber der Bedrohung unseres Vaterlandes durch eine Welt von Feinden. Auch die Mitglieder des Bayer. Medizinalbeamtenvereins stellten ihre ganze Kraft in den Dienst des Vaterlandes, sei es, daß sie mit der Truppe ins Feld rückten oder neben der Fortführung ihrer Berufstätigkeit in Heimatlazaretten tätig waren. Der durch die Einberufungen rasch zunehmende Aerztemangel zwang manch ergrautes Haupt, wieder ärztliche Praxis auszuüben. In steigendem Maße wurden an die Nervenkraft der Kollegen draußen im Feld, an die Arbeitskraft der Kollegen in der Heimat Ansprüche gestellt, die ein kaum mehr zu bewältigendes Uebermaß von Arbeit an den Einzelnen stellten.

Es ist begreiflich, daß unter solchen Verhältnissen weder Lust noch Zeit zu einer Landesversammlung vorhanden war. In den Jahren 1916 und 1917 begann man wieder, Kreisversammlungen abzuhalten, die sich auch bei den wenig günstigen Verkehrsverhältnissen ermöglichen ließen. Ihr guter Besuch zeigte, daß der Zusammenhang unter den Mitgliedern nicht verloren gegangen war und daß die Mitglieder einem sich als notwendig erweisenden Ruf der Vorstandschaft zu einer Landesversammlung nach Möglichkeit Folge leisten würden.

Am 3. Juni 1917 fand erstmalig nach Ausbruch des Krieges eine Vorstandssitzung statt. Da sich auch für die Medizinalbeamten die wirtschaftlichen Verhältnisse immer schwieriger gestalteten, wurde nach einem eingehenden Bericht von Dr. Graßl-Kempten beschlossen, die Lage der Medizinalbeamten in einer persönlichen Aufwartung beim Staatsminister des Innern und den zuständigen Ministerialreferenten zu schildern und nachstehende Eingaben an das Staatsministerium des Innern zu richten:

1. Bitte um Erhöhung der Impfgebühren,
2. Bitte um Festsetzung einer angemessenen Dienstaufwandsentschädigung,
3. Bitte um Erhöhung des Ruhegehaltes der Bezirksärzte.
4. Bei einer etwaigen Aenderung der Gehaltsordnung sollte rechtzeitig die Bitte um Einreihung der Bezirksärzte in eine höhere Gehaltsklasse gestellt werden.

Die für Herbst geplante Aufwartung im Staatsministerium mußte aus äußeren Gründen verschoben werden; sie fand am 20. Januar 1918 statt. Die Abordnung (Frickhinger, Graßl, Marzell), die von dem damaligen Staatsminister des Innern, Exz. von Brettreich, im Beisein von Ministerialrat Geh. Rat Dr. Dieudonné empfangen wurde, hatte Gelegenheit, eingehend die Wünsche des Medizinalbeamtenvereins zu begründen; eine wohlwollende Prüfung wurde zugesagt.

Im Anschluß an die Audienz eigingen am 23. Januar 1918 getrennte Eingaben mit der Bitte um Erhöhung der Impfgebühren und um Festsetzung einer angemessenen Dienstaufwandsentschädigung, ferner am 8. März 1918 eine Eingabe um Erhöhung des Ruhegehaltes der Bezirksärzte.

Am 27. Mai 1918 versammelten sich in einem Nebenzimmer des Gasthofes zum „Roten Hahn" auf Einladung des Landesvorsitzenden die zur Tagung „Die Erhaltung und Mehrung der deutschen Volkskraft" in München anwesenden Mitglieder des Medizinalbeamtenvereins. Die auf der Tagung von Mund zu Mund bekannt gegebene zwanglose Zusammenkunft, bei der zu unserer Freude auch Geheimrat Dieudonné erschien, war von 27 Mitgliedern besucht. Sie sollte den Anwesenden Gelegenheit geben, zu der nach Zeitungsnachrichten zu erwartenden Neuregelung der Gehaltsordnung Wünsche zum Ausdruck zu bringen. In der vom Landesvorsitzenden eingeleiteten Aussprache, an der sich die Anwesenden lebhaft beteiligten, kam die bei einer Einreihung der Bezirksärzte in eine höhere Gehaltsordnung, sowie bei Schaffung von Vorrückungsstellen zu erwartende Aufrollung der amtsärztlichen Gebühren und der Praxisausübung der Amtsärzte zur Sprache. Trotz der mancherlei gegen die Aufrollung dieser Frage sprechenden Gründe waren die Anwesenden darin einig, daß die Hebung der Bezirksärzte in eine höhere Gehaltsklasse unbedingt anzustreben sei.

Die Aussprache zeigte der Vorstandschaft, daß die Einberufung einer Landesversammlung nun trotz der Kriegswirren nicht länger mehr aufgeschoben werden konnte. So fand dann bereits am 29. Juni 1918 die

XII. Landesversammlung

in München im Saale der Gesellschaft Museum statt. In Rücksicht auf die am darauf folgenden Tage angesetzte Tagung des Landesverbandes zur Bekämpfung der Tuberkulose wurde die Dauer der Sitzung auf einen Nachmittag eingeschränkt und von der Behandlung umfangreicherer wissenschaftlicher Gegenstände abgesehen. Der Versammlung ging am gleichen Vormittag eine Vorstandssitzung voraus, zu der auch die stellvertretenden Kreis-Vorsitzenden auf Grund des § 9 der Vereinssatzungen eingeladen waren. Auf beiden Sitzungen wurde der Hauptpunkt der Tagesordnung **„Stellungnahme zur Neuregelung der Gehaltsordnung"** eingehend erörtert. Auf der Landesversammlung berichtete der Landesvorsitzende im Anschluß an den von ihm erstatteten Tätigkeitsbericht der Vorstandschaft ausführlich über den Stand der Frage. Es wurde bekannt gegeben, daß eine Neuregelung der Besoldungsordnung in Aussicht stehe. Ausgehend von den seit Jahren bestehenden Bestrebungen des Medizinalbeamtenvereins wies Berichterstatter darauf hin, daß im Vordergrund der Besoldungsordnung die Einreihung der Bezirksärzte stehe und daß jetzt der Zeitpunkt gekommen sei, ein altes Unrecht an den Bezirksärzten gut zu machen und sie aus der bisherigen Gehaltsklasse, in der sie mit den Anfängern der akademischen Laufbahn (Bezirksamtsassessoren, Amtsrichter) zusammen eingereiht seien, herauszuheben. Berichterstatter schilderte in eingehender Weise die veränderte Stellung des Bezirksarztes gegenüber früheren Jahrzehnten, in denen der Bezirksarzt in erster Linie ein gehobener praktischer Arzt war und seine Dienstgeschäfte gewissermaßen im Nebenamt verrichtete.

Bei der Ueberführung der Bezirkärzte in eine höhere Gehaltsordnung seien zwei einschneidende Fragen zu berücksichtigen: die amtsärztlichen Gebühren und die Praxisausübung.

Im Finanzministerium scheine eine Neigung zur Einreihung der Bezirksärzte in eine höhere Gehaltsgruppe nur dann zu bestehen, wenn die Gebühren in Wegfall kommen. Demgegenüber sei zu betonen, daß der Kreis der gebührenpflichtigen Dienstsachen seit Jahren immer mehr eingeschränkt worden sei. In Bayern sei jetzt schon der Gebührenanfall nur mehr für die Bezirksärzte der größeren Städte eine ins Gewicht fallende Einnahmequelle. Es bestehe die begründete Befürchtung, daß die planmäßige Einschränkung der Gebühren noch nicht ihren Höhepunkt erreicht habe.

Im Gegensatz zu den Gebühren bilde die Einnahme aus Praxis eine Einkommensquelle für die Bezirksärzte der kleineren Bezirke. Betreffs der Praxisausübung beständen unter den Medizinalbeamten zwei Richtungen. Die eine Richtung, deren Vertreter sich hauptsächlich unter den jüngeren Medizinalbeamten befänden, sei für ein Praxisverbot. Es werde dadurch die Stellung des Amtsarztes als Beamter und als Gutachter gehoben, das Verhältnis zu den praktischen Aerzten gestalte sich inniger, wenn der Amtsarzt nicht mehr den ärzt-

lichen Wettbewerb mitzumachen gezwungen sei. Von der anderen Richtung werde ins Feld geführt, daß die Praxisausübung für den jüngeren Bezirksarzt eine Notwendigkeit für seine Fortbildung sei und daß der Amtsarzt durch die praktische Tätigkeit als Arzt in enger Fühlungnahme mit seinem Bezirk bleibe. Die tatsächlichen Verhältnisse lägen so, daß die stetig zunehmenden Dienstgeschäfte, ferner die Zunahme der Zahl der prakt. Aerzte in Stadt und Land schon seit Jahren zu einer fortschreitenden Praxiseinschränkung geführt habe. Die Vorstandschaft habe sich deshalb nach eingehender Beratung dahin ausgesprochen, daß diese Entwicklung zu begrüßen sei, daß aber von einem Praxisverbot abgesehen werden solle. Die Ausübung der Konsiliarpraxis, die Ausübung von Praxis in Vertretung oder bei Notfällen sei in den meisten ländlichen Bezirken und in der Kleinstadt nicht zu umgehen. Ferner sei es wünschenswert, dem Amtsarzt eine Stelle als Krankenhaus- oder Anstaltsarzt zu übertragen und ihn dadurch in Fühlung mit der Praxis zu erhalten. Nach den der Vorstandschaft gewordenen Mitteilungen bestehe bei Einreihung der Bezirksärzte in eine höhere Gehaltsklasse die Gefahr des Gebühreneinzuges, weniger die des Praxisverbotes. Neben der Einreihung der Bezirksärzte in eine höhere Gehaltsklasse, beabsichtige die Vorstandschaft Vorrückungsposten für alle Amtsärzte zu verlangen.

An den Vortrag des Landesvorsitzenden schloß sich eine lebhafte Aussprache an. Hierbei wurde auf die beträchtliche Schädigung der Bezirksärzte der großen Städte hingewiesen, die bei Wegfall der Gebühren eintreten müßte. Reg.- und Med.-Rat Dr. Gebhardt machte den Vorschlag, bei Einreihung der Bezirksärzte in eine höhere Gehaltsklasse unter Wegfall der Gebühren den jeweiligen Stelleninhabern der größeren Aemter eine angemessene nicht pensionsfähige Zulage zu gewähren. Trotz der Verschiedenheit der Anschauungen in manchen Einzelfragen zeigte sich, daß die Versammlung einmütig das beabsichtigte Vorgehen der Vorstandschaft billigte und insbesondere auch die Einreihung der Bezirksärzte in eine höhere Gehaltsgruppe tatkräftig gefördert wissen wollte. Der Vorschlag des Landesvorsitzenden, eine Denkschrift über den ganzen Komplex der einschlägigen Fragen auszuarbeiten, fand allgemeinen Beifall. Die Vorstandschaft wurde beauftragt, die Belange der Medizinalbeamten bei der Staatsregierung und dem Landtag tatkräftig zu vertreten.

Als weiterer Punkt der Tagesordnung fand eine Aussprache statt über „**Hebammen und Säuglingsfürsorgeschwestern**“. In dem einleitenden Vor-Vortrag von Ob.-Med.-Rat Dr. Henkel-München und in der Aussprache kam, wenn auch Mitteilungen über schlechte Erfahrungen mit Hebammen geltend gemacht wurden, doch zum Ausdruck, daß die Förderung der Säuglingsfürsorge auf dem Lande nur durch eine Mitarbeit der Hebammen zu erreichen und daß deshalb eine Ausbildung der Hebammen in der neuzeitlichen Säuglingspflege zu verlangen sei. Die Aufstellung so zahlreicher Säuglingsfürsorgeschwestern, als dies für die Durchführung einer geregelten Säuglingsfürsorge notwendig sei, scheitere in ländlichen Bezirken an der Geldfrage. Da, wo Fürsorgeschwestern aufgestellt würden, müsse für ein reibungsloses Zusammenarbeiten mit den Hebammen Sorge getragen werden. Der Aufstellung von Fürsorgeschwestern (Bezirksfürsorgerinnen) am Sitze des Amtsarztes wurde das Wort geredet.

Der von 65 Mitgliedern besuchten Versammlung hatten als Vertreter des Staatsministeriums des Innern Geheimer Rat Professor Dr. Dieudonné und Ministerialrat Pfülf beigewohnt, eine Reihe von Kreisregierungen hatten ihr Medizinalreferenten abgeordnet. In der Begrüßungsansprache wies Geheimrat Dr. Dieudonné darauf hin, was die Medizinalverwaltung auf dem Gebiete der Seuchenbekämpfung während des Krieges geleistet habe. Durch die sich bewährenden Friedenseinrichtungen und durch die hingebende Arbeit der Medizinalbeamten, denen der Dank und die Anerkennung der Staatsregierung ausgesprochen wurde, sei es bis jetzt gelungen, Seuchen vom Heimatlande fernzuhalten.

Am 27. Mai 1918 versammelten sich in einem Nebenzimmer des Gasthofes zum „Roten Hahn“ auf Einladung des Landesvorsitzenden die zur Tagung „Die Erhaltung und Mehrung der deutschen Volkskraft“ in München anwesenden Mitglieder des Medizinalbeamtenvereins. Die auf der Tagung von Mund zu Mund bekannt gegebene zwanglose Zusammenkunft, bei der zu unserer Freude auch Geheimrat Dieudonné erschien, war von 27 Mitgliedern besucht. Sie sollte den Anwesenden Gelegenheit geben, zu der nach Zeitungsnachrichten zu erwartenden Neuregelung der Gehaltsordnung Wünsche zum Ausdruck zu bringen. In der vom Landesvorsitzenden eingeleiteten Aussprache, an der sich die Anwesenden lebhaft beteiligten, kam die bei einer Einreihung der Bezirksärzte in eine höhere Gehaltsordnung, sowie bei Schaffung von Vorrückungsstellen zu erwartende Aufrollung der amtsärztlichen Gebühren und der Praxisausübung der Amtsärzte zur Sprache. Trotz der mancherlei gegen die Aufrollung dieser Frage sprechenden Gründe waren die Anwesenden darin einig, daß die Hebung der Bezirksärzte in eine höhere Gehaltsklasse unbedingt anzustreben sei.

Die Aussprache zeigte der Vorstandschaft, daß die Einberufung einer Landesversammlung nun trotz der Kriegswirren nicht länger mehr aufgeschoben werden konnte. So fand dann bereits am 29. Juni 1918 die

XII. Landesversammlung

in München im Saale der Gesellschaft Museum statt. In Rücksicht auf die am darauf folgenden Tage angesetzte Tagung des Landesverbandes zur Bekämpfung der Tuberkulose wurde die Dauer der Sitzung auf einen Nachmittag eingeschränkt und von der Behandlung umfangreicherer wissenschaftlicher Gegenstände abgesehen. Der Versammlung ging am gleichen Vormittag eine Vorstandssitzung voraus, zu der auch die stellvertretenden Kreis-Vorsitzenden auf Grund des § 9 der Vereinssatzungen eingeladen waren. Auf beiden Sitzungen wurde der Hauptpunkt der Tagesordnung „Stellungnahme zur Neuregelung der Gehaltsordnung“ eingehend erörtert. Auf der Landesversammlung berichtete der Landesvorsitzende im Anschluß an den von ihm erstatteten Tätigkeitsbericht der Vorstandschaft ausführlich über den Stand der Frage. Es wurde bekannt gegeben, daß eine Neuregelung der Besoldungsordnung in Aussicht stehe. Ausgehend von den seit Jahren bestehenden Bestrebungen des Medizinalbeamtenvereins wies Berichterstatter darauf hin, daß im Vorentwurf der Besoldungsordnung die Einreihung der Bezirksärzte stehe und jetzt der Zeitpunkt gekommen sei, ein altes Unrecht an den Bezirksärzten gut zu machen und sie aus der bisherigen Gehaltsklasse, in der sie mit den [illegible] der akademischen Laufbahn (Bezirksamtsassessoren, Amtsrichtern [illegible]) zusammen eingereiht seien, herauszuheben. Berichterstatter schilderte in eingehender Weise die veränderte Stellung des Bezirksarztes gegenüber [illegible] Jahrzehnten, in denen der Bezirksarzt in erster Linie ein gehobener [illegible] Arzt war und seine Dienstgeschäfte gewissermaßen im Nebenamt [illegible]

Bei der Ueberführung der Bezirksärzte in eine höhere Gehalts[illegible] seien zwei einschneidende Fragen zu berücksichtigen: die amtsärztlichen [illegible] Gebühren und die Praxisausübung.

Im [illegible]ministerium scheine eine Neigung zur Einreihung [illegible] in eine höhere Gehaltsgruppe nur dann zu bestehen, wenn [illegible] in Wegfall kommen. Demgegenüber sei zu betonen, daß der [illegible] [illegible] seit Jahren immer mehr eingeschr[illegible] [illegible] schon der Gebührenanfall nur mehr fü[illegible] [illegible] eine ins Gewicht fallende Einnahme[illegible] [illegible] Befürchtung, daß die planmäßige Ein[illegible] [illegible] Höhepunkt erreicht habe.

[illegible] zu den Gebühren bilde die Einnahme aus [illegible] der kleineren Bezirke. [illegible] unter den Medizinalbeamten zwei [illegible] unter den [illegible] Es wurde da[illegible] gehoben [illegible] wenn d[illegible]

... vereins beraten sei.
... Beschlüsse der Kreis-
... zinalbeamter zu Grunde,
... n war.

... der Entwurf viele An-
... der IV. Landesversamm-
... 8. Oktober 1917 der Be-
... r Medizinalbeamten eine
... davon aus, die Medizinal-
... machen. Für die Spitze
... rium des Innern mit einem
... Referenten, einem pharma-
... sehen.

... bständigkeit der Medizinal-
... iche der Bezirksärzte vor-
... werden, im Ministerium sei
... tsfürsorge zu schaffen, dem
... rge in seinem Bezirk zu unter-
... der Kleinarbeit der Fürsorge
... erichtsärzte entsprechend sei
... teriums vorgesehen.

... n der Hand dieser Richtlinien
... lich über die Beratungen in den
... ung, auf der mitgeteilt wurde,
... das Bestreben habe, sich einen
... der Amtsärzte, insbesondere der
... nten zu sichern. Demgegenüber
... dizinalausschüsse in Bayern jetzt
... und Landgerichtsarztstelle der
... sung machen. Dem Wunsche der
... h Rechnung getragen werden, daß
... ende der Aerztekammer als offizieller

... tellung der Bezirksärzte ein.
... größeren Selbständigkeit der Bezirks-
... mit den Verwaltungsbehörden ge-
... els der dem Bezirksarzt zur selbst-
... Dienstgeschäfte gingen die Ansichten
... ig gehalten, bestimmte Vorschläge in
... eisversammlung von Oberbayern schlug
... Frage vor.

... ndgerichtsärzte nach Unterstellung unter
... Vorstandssitzung sachliche Bedenken mit
... die Stellung des bayerischen Landgerichts-
... abhängige sei und dessen Unabhängigkeit
... währleistet sei, daß er bei den Behörden,
... keine Vorgesetzten habe. Da die Land-
... mig ihre Ueberführung in das Ressort des
... der Medizinalbeamtenverein diesem Wunsche

... arüber, daß das Fürsorgewesen ausgebaut
... r Rat erfahrener Fürsorgeärzte, in deren
... edizinalbeamte befänden, maßgebend sein.
... s sei für größere Städte, vielleicht auch
... von Gesundheitsämtern wünschenswert;
... Ausbau nicht gebunden an die Errichtung
... wo ein Gesundheitsamt errichtet werde,
... Hand des Amtsarztes liegen. Es ...
... Einheitlichkeit des öffentlichen Ges...
... ndheitsfürsorge einen hervorragend...
... Gründen müsse auch in Bezirken ohne ...

Gleichwie kurz nach der XI. Landesversammlung die Kriegswirren Deutschland überzogen, brachen wenige Monate nach der XII. Landesversammlung Umsturz und Revolution über unser schwer bedrängtes Vaterland herein und hemmten die ungestörte Durchführung der Beschlüsse der XI. Landesversammlung. Noch rechtzeitig war es gelungen, die Denkschrift fertigzustellen und sie mit einer Eingabe der Staatsregierung und dem Landtage vorzulegen.[1]) Bald aber trat die Besoldungsordnung gegenüber anderen Sorgen in den Hintergrund. Im Staatsministerium für soziale Fürsorge machten sich Kräfte breit, die auf eine Umwälzung der in ihren Grundlagen durchaus guten und bewährten bayerischen Medizinalverwaltung hinzielten Das „morsche bayerische Medizinalwesen" sollte, wie es hieß, auf eine neue Grundlage gestellt werden. Daß die Reform in der damaligen Zeit in erster Linie nach politischen Rücksichten unter Ausschaltung der bewährten Berater des alten Staates durchgeführt werden sollte, war jedem Einsichtigen klar. Der Bayerische Medizinalbeamtenverein durfte demgegenüber nicht untätig zu sehen. Der Landesvorsitzende setzte sich deshalb mündlich und schriftlich mit maßgebenden Kreisen in München ins Benehmen und beteiligte sich an der Ausarbeitung einer Denkschrft über den Ausbau des bayerischen Medizinalwesens, die von hervorragenden Münchener Amtsärzten und Aerzten ausging.

Gleichzeitig wurde am 29. November 1918 in einer Eingabe an das Staatsministerium des Innern und an das Ministerium für soziale Fürsorge die Forderung gestellt, daß bei einer etwa beabsichtigten Neuregelung des Medizinalwesens auch der Bayerische Medizinalbeamtenverein gehört werden möge. Im gleichen Sinne wurde ein gleichlautender Zeitungsartikel den Redaktionen der größeren Blätter übermittelt (s. Bayerische Staatszeitung vom 6. Dezember 1918 und Münch. med. Wochenshrift vom 10. Dezember 1918).

XIII. Landesversammlung am 18. Oktober 1919 in München.

Um den Mitgliedern des Vereins Gelegenheit zu geben, Stellung zu den mittlerweile im Entwurf ausgearbeiteten Reformvorschlägen über das Bayer. Medizinalwesen zu nehmen, wurde auf den 18. Oktober 1919 die XII. Landesversammlung nach München in das Hotel Union einberufen. Die Tagesordnung dieser Versammmlung lautete:

1. Tätigkeitsbericht der Vorstandschaft.
2. Rechenschaftsbericht des Kassenwarts.
3. Stellungnahme zu der Denkschrift über den Ausbau des öffentlichen Gesundheitswesens.
4. Bericht des Vertreters des Medizinalbeamtenvereins im Bayer. Beamten- und Lehrerbund (B. L. B.),
5. Bildung einer Fachgewerkschaft durch den B. L. B.
6. Satzungsänderung.

Trotz der ungünstigen Zeitverhältnisse war die Versammlung äußerst gut besucht. Als Vertreter des Staatsministeriums des Innern war Geh. Rat Prof. Dr. Dieudonné, für das Ministerium für soziale Fürsorge war Obermedizinalrat Dr. Koelsch erschienen, von den meisten Kreisregierungen waren die ärztlichen Referenten als Vertreter abgeordnet. Geheimrat Dr. Dieudonné begrüßte die Versammlung im Namen der Staatsregierung wärmstens. Er wies darauf hin, daß sich die Organisation des Bayr. Medizinalwesens in den Kriegswirren wohl bewährt habe, daß es sich also bei einer Neuregelung nur um einen Ausbau auf der Grundlage des Bestehenden handeln könne.

I—III. Der Versammlungsleiter, Landesvorsitzender Dr. **Frickhinger** erstattete den **Tätigkeitsbericht der Vorstandschaft** und ging anschließend hieran auf den vorliegenden **Entwurf eines Ausbaus des bayerischen öffentlichen Gesundheitswesens** über. Es wurde bekanntgegeben, daß der Entwurf bereits eingehend in den Kreisversammlungen und in der der Landesversammlung

[1]) Die Denkschrift ist in der Zeitschrift für Medizinalbeamte (Jahrg. 1918, Nr. 19, S. 407) veröffentlicht.

vorhergehenden Vorstandssitzung des Medizinalbeamtenvereins beraten sei. Den Verhandlungen in der Vorstandssitzung lagen die Beschlüsse der Kreisversammlung, sowie mündliche Gutachten einzelner Medizinalbeamter zu Grunde, denen der Entwurf durch die Vorstandschaft zugegangen war.

Der Landesvorsitzende führte aus, daß der Entwurf viele Anklänge an die Beckerschen Vorschläge zeige, die in der IV. Landesversammlung des Bayerischen Medizinalbeamtenvereins am 13. Oktober 1917 der Beratung unterstellt waren. Er habe von seiten der Medizinalbeamten eine äußerst günstige Aufnahme gefunden. Er geht davon aus, die Medizinalverwaltung an Kopf und Gliedern selbständiger zu machen. Für die Spitze sei eine eigene Medizinalabteilung im Staatsministerium des Innern mit einem Medizinalbeamten an der Spitze, zwei weiteren Referenten, einem pharmazeutischen und einem juristischen Referenten vorgesehen.

Auch in der Mittelinstanz sei eine größere Selbständigkeit der Medizinalreferenten und bei den Außenbehörden eine solche der Bezirksärzte vorgeschlagen. Das Fürsorgewesen solle ausgebaut werden, im Ministerium sei ein eigenes ärztliches Referat für die Gesundheitsfürsorge zu schaffen, dem Bezirksarzt sei die Leitung der Gesundheitsfürsorge in seinem Bezirk zu unterstellen, in kleineren Bezirken könne er sich an der Kleinarbeit der Fürsorge selbst betätigen. Einem Wunsche der Landgerichtsärzte entsprechend sei deren Einreihung in das Ressort des Justizministeriums vorgesehen.

Der Landesvorsitzende besprach an der Hand dieser Richtlinien eingehend den Entwurf und berichtete ausführlich über die Beratungen in den Kreisversammlungen und in der Vorstandssitzung, auf der mitgeteilt wurde, daß der Landesausschuß der Aerzte Bayerns das Bestreben habe, sich einen mitbestimmenden Einfluß bei der Ernennung der Amtsärzte, insbesondere der ärztlichen Ministerial- und Regierungsreferenten zu sichern. Demgegenüber wurde darauf hingewiesen, daß die Kreismedizinalausschüsse in Bayern jetzt schon bei jeder sich erledigenden Bezirks- und Landgerichtsarztstelle der Regierung Vorschläge für die Wiederbesetzung machen. Dem Wunsche der praktischen Aerzte könne vielleicht dadurch Rechnung getragen werden, daß in die Kreismedizinalausschüsse der Vorsitzende der Aerztekammer als offizieller Vertreter der Aerzte einberufen werde.

Einen breiten Raum nahm die Stellung der Bezirksärzte ein. Es wurde betont, daß auch bei einer größeren Selbständigkeit der Bezirksärzte ein ständiges Zusammenarbeiten mit den Verwaltungsbehörden gesichert bleiben müsse. Ueber den Kreis der dem Bezirksarzt zur selbstständigen Behandlung zu übertragenden Dienstgeschäfte gingen die Ansichten auseinander. Es wurde für notwendig gehalten, bestimmte Vorschläge in dieser Richtung zu machen. Die Kreisversammlung von Oberbayern schlug eine kommissionelle Beratung dieser Frage vor.

Gegenüber dem Wunsche der Landgerichtsärzte nach Unterstellung unter das Justizministerium wurden in der Vorstandssitzung sachliche Bedenken mit dem Hinweis geltend gemacht, daß die Stellung des bayerischen Landgerichtsarztes eine geradezu ideale und unabhängige sei und dessen Unabhängigkeit als Gutachter besonders dadurch gewährleistet sei, daß er bei den Behörden, für die er gutachtlich tätig sei, keine Vorgesetzten habe. Da die Landgerichtsärzte aber nahezu einstimmig ihre Ueberführung in das Ressort des Justizministeriums anstreben, könne der Medizinalbeamtenverein diesem Wunsche nicht entgegentreten.

Einstimmigkeit herrschte darüber, daß das Fürsorgewesen ausgebaut werden müsse. Hierbei solle der Rat erfahrener Fürsorgeärzte, in deren Reihen sich auch zahlreiche Medizinalbeamte befänden, maßgebend sein. Zum Ausbau des Fürsorgewesens sei für größere Städte, vielleicht auch für größere Bezirke die Schaffung von Gesundheitsämtern wünschenswert; im allgemeinen sei aber der Ausbau nicht gebunden an die Errichtung eines Fürsorgeamtes. Ueberall, wo ein Gesundheitsamt errichtet werde, müsse dessen Leitung in der Hand des Amtsarztes liegen. Es sei dies von größtem Belang für die Einheitlichkeit des öffentlichen Gesundheitswesens, in dem die Gesundheitsfürsorge einen hervorragenden Platz einnehme. Aus den gleichen Gründen müsse auch in Bezirken ohne Gesund-

Gleichwie kurz nach der XI. Landesversammlung die Kriegswirren Deutschland überzogen, brachen wenige Monate nach der XII. Landesversammlung Umsturz und Revolution über unser schwer bedrängtes Vaterland herein und hemmten die ungestörte Durchführung der Beschlüsse der XI. Landesversammlung. Noch rechtzeitig war es gelungen, die Denkschrift fertigzustellen und sie mit einer Eingabe der Staatsregierung und dem Landtage vorzulegen [1]) Bald aber trat die Besoldungsordnung gegenüber anderen Sorgen in den Hintergrund. Im Staatsministerium für soziale Fürsorge machten sich Kräfte breit, die auf eine Umwälzung der in ihren Grundlagen durchaus guten und bewährten bayerischen Medizinalverwaltung hinzielten Das „morsche bayerische Medizinalwesen" sollte, wie es hieß, auf eine neue Grundlage gestellt werden. Daß die Reform in der damaligen Zeit in erster Linie nach politischen Rücksichten unter Ausschaltung der bewährten Berater des alten Staates durchgeführt werden sollte, war jedem Einsichtigen klar. Der Bayerische Medizinalbeamtenverein durfte demgegenüber nicht untätig zu sehen. Der Landesvorsitzende setzte sich deshalb mündlich und schriftlich mit maßgebenden Kreisen in München ins Benehmen und beteiligte sich an der Ausarbeitung einer Denkschrft über den Ausbau des bayerischen Medizinalwesens, die von hervorragenden Münchener Amtsärzten und Aerzten ausging.

Gleichzeitig wurde am 29. November 1918 in einer Eingabe an das Staatsministerium des Innern und an das Ministerium für soziale Fürsorge die Forderung gestellt, daß bei einer etwa beabsichtigten Neuregelung des Medizinalwesens auch der Bayerische Medizinalbeamtenverein gehört werden möge. Im gleichen Sinne wurde ein gleichlautender Zeitungsartikel den Redaktionen der größeren Blätter übermittelt (s. Bayerische Staatszeitung vom 6. Dezember 1918 und Münch. med. Wochenshrift vom 10. Dezember 1918).

XIII. Landesversammlung am 18. Oktober 1919 in München.

Um den Mitgliedern des Vereins Gelegenheit zu geben, Stellung zu den mittlerweile im Entwurf ausgearbeiteten Reformvorschlägen über das Bayer. Medizinalwesen zu nehmen, wurde auf den 18. Oktober 1919 die XII. Landesversammlung nach München in das Hotel Union einberufen. Die Tagesordnung dieser Versammmlung lautete:

1. Tätigkeitsbericht der Vorstandschaft.
2. Rechenschaftsbericht des Kassenwarts.
3. Stellungnahme zu der Denkschrift über den Ausbau des öffentlichen Gesundheitswesens.
4. Bericht des Vertreters des Medizinalbeamtenvereins im Bayer. Beamten- und Lehrerbund (B. L. B.),
5. Bildung einer Fachgewerkschaft durch den B. L. B.
6. Satzungsänderung.

Trotz der ungünstigen Zeitverhältnisse war die Versammlung äußerst gut besucht. Als Vertreter des Staatsministeriums des Innern war Geh. Rat Prof. Dr. Dieudonné, für das Ministerium für soziale Fürsorge war Obermedizinalrat Dr. Koelsch erschienen, von den meisten Kreisregierungen waren die ärztlichen Referenten als Vertreter abgeordnet. Geheimrat Dr. Dieudonné begrüßte die Versammlung im Namen der Staatsregierung wärmstens. Er wies darauf hin, daß sich die Organisation des Bayr. Medizinalwesens in den Kriegswirren wohl bewährt habe, daß es sich also bei einer Neuregelung nur um einen Ausbau auf der Grundlage des Bestehenden handeln könne.

I—III. Der Versammlungsleiter, Landesvorsitzender Dr. **Frickhinger** erstattete den **Tätigkeitsbericht der Vorstandschaft** und ging anschließend hieran auf den vorliegenden **Entwurf eines Ausbaus des bayerischen öffentlichen Gesundheitswesens** über. Es wurde bekanntgegeben, daß der Entwurf bereits eingehend in den Kreisversammlungen und in der der Landesversammlung

---

[1]) Die Denkschrift ist in der Zeitschrift für Medizinalbeamte (Jahrg. 1918, Nr. 19, S. 407) veröffentlicht.

vorhergehenden Vorstandssitzung des Medizinalbeamtenvereins beraten sei. Den Verhandlungen in der Vorstandssitzung lagen die Beschlüsse der Kreisversammlung, sowie mündliche Gutachten einzelner Medizinalbeamter zu Grunde, denen der Entwurf durch die Vorstandschaft zugegangen war.

Der Landesvorsitzende führte aus, daß der Entwurf viele Anklänge an die Beckerschen Vorschläge zeige, die in der IV. Landesversammlung des Bayerischen Medizinalbeamtenvereins am 13. Oktober 1917 der Beratung unterstellt waren. Er habe von seiten der Medizinalbeamten eine äußerst günstige Aufnahme gefunden. Er geht davon aus, die Medizinalverwaltung an Kopf und Gliedern selbständiger zu machen. Für die Spitze sei eine eigene Medizinalabteilung im Staatsministerium des Innern mit einem Medizinalbeamten an der Spitze, zwei weiteren Referenten, einem pharmazeutischen und einem juristischen Referenten vorgesehen.

Auch in der Mittelinstanz sei eine größere Selbständigkeit der Medizinalreferenten und bei den Außenbehörden eine solche der Bezirksärzte vorgeschlagen. Das Fürsorgewesen solle ausgebaut werden, im Ministerium sei ein eigenes ärztliches Referat für die Gesundheitsfürsorge zu schaffen, dem Bezirksarzt sei die Leitung der Gesundheitsfürsorge in seinem Bezirk zu unterstellen, in kleineren Bezirken könne er sich an der Kleinarbeit der Fürsorge selbst betätigen. Einem Wunsche der Landgerichtsärzte entsprechend sei deren Einreihung in das Ressort des Justizministeriums vorgesehen.

Der Landesvorsitzende besprach an der Hand dieser Richtlinien eingehend den Entwurf und berichtete ausführlich über die Beratungen in den Kreisversammlungen und in der Vorstandssitzung, auf der mitgeteilt wurde, daß der Landesausschuß der Aerzte Bayerns das Bestreben habe, sich einen mitbestimmenden Einfluß bei der Ernennung der Amtsärzte, insbesondere der ärztlichen Ministerial- und Regierungsreferenten zu sichern. Demgegenüber wurde darauf hingewiesen, daß die Kreismedizinalausschüsse in Bayern jetzt schon bei jeder sich erledigenden Bezirks- und Landgerichtsarztstelle der Regierung Vorschläge für die Wiederbesetzung machen. Dem Wunsche der praktischen Aerzte könne vielleicht dadurch Rechnung getragen werden, daß in die Kreismedizinalausschüsse der Vorsitzende der Aerztekammer als offizieller Vertreter der Aerzte einberufen werde.

Einen breiten Raum nahm die Stellung der Bezirksärzte ein. Es wurde betont, daß auch bei einer größeren Selbständigkeit der Bezirksärzte ein ständiges Zusammenarbeiten mit den Verwaltungsbehörden gesichert bleiben müsse. Ueber den Kreis der dem Bezirksarzt zur selbstständigen Behandlung zu übertragenden Dienstgeschäfte gingen die Ansichten auseinander. Es wurde für notwendig gehalten, bestimmte Vorschläge in dieser Richtung zu machen. Die Kreisversammlung von Oberbayern schlug eine kommissionelle Beratung dieser Frage vor.

Gegenüber dem Wunsche der Landgerichtsärzte nach Unterstellung unter das Justizministerium wurden in der Vorstandssitzung sachliche Bedenken mit dem Hinweis geltend gemacht, daß die Stellung des bayerischen Landgerichtsarztes eine geradezu ideale und unabhängige sei und dessen Unabhängigkeit als Gutachter besonders dadurch gewährleistet sei, daß er bei den Behörden, für die er gutachtlich tätig sei, keine Vorgesetzten habe. Da die Landgerichtsärzte aber nahezu einstimmig ihre Ueberführung in das Ressort des Justizministeriums anstreben, könne der Medizinalbeamtenverein diesem Wunsche nicht entgegentreten.

Einstimmigkeit herrschte darüber, daß das Fürsorgewesen ausgebaut werden müsse. Hierbei solle der Rat erfahrener Fürsorgeärzte, in deren Reihen sich auch zahlreiche Medizinalbeamte befänden, maßgebend sein. Zum Ausbau des Fürsorgewesens sei für größere Städte, vielleicht auch für größere Bezirke die Schaffung von Gesundheitsämtern wünschenswert; im allgemeinen sei aber der Ausbau nicht gebunden an die Errichtung eines Fürsorgeamtes. Ueberall, wo ein Gesundheitsamt errichtet werde, müsse dessen Leitung in der Hand des Amtsarztes liegen. Es sei dies von größtem Belang für die Einheitlichkeit des öffentlichen Gesundheitswesens, in dem die Gesundheitsfürsorge einen hervorragenden Platz einnehme. Aus den gleichen Gründen müsse auch in Bezirken ohne Gesund-

heitsamt die Leitung und Oberaufsicht der Gesundheitsfüsorge fest in der Hand des staatlichen Gesundheitsbeamten liegen. In kleineren Bezirken sei der Amtsarzt auch zur Mitarbeit in der Kleinarbeit der Fürsorgetätigkeit berufen und zwar desto mehr, je weniger er im ärztlichen Wettbewerb stehe.

Unter den einzelnen Zweigen der Gesundheitsfürsorge bedürfe die schulärztliche Tätigkeit in erster Linie des Ausbaus. In den Vorschlägen zum Ausbau des Gesundheitswesens sollte zum Ausdruck kommen, daß die schulärztliche Tätigkeit durch den Bezirksarzt zu beaufsichtigen sei, in kleineren Orten könne und solle sie von ihm ausgeübt werden.

In der Vorstandssitzung wurde darauf hingewiesen, wie umfangreich die Aufgaben des öffentlichen Gesundheitswesens jetzt schon sind. Aus der im Entwurf im einzelnen ausgearbeiteten Referatsverteilung der geforderten Medizinalabteilung des Staatsministeriums sei dies auch dem Fernstehenden erkenntlich, es sei gerade dieser Teil des Entwurfes für die Beratungen im Landtag besonders wertvoll. Mit dem Ausbau des Medizinalwesens würden die Dienstesaufgaben der Bezirksärzte noch wesentlich erweitert werden. Es sei deshalb die alte Forderung der Bezirksärzte betr. Einreihung der Bezirksärzte in eine entsprechende Gehaltsklasse und Schaffung von Vorrückungsstellen immer wieder zu erheben.

In der auf den Vortrag des Berichterstatters folgenden **Aussprache** bestand Einigkeit über die Notwendigkeit des Ausbaus des Gesundheitswens und grundsätzliche Zustimmung zu dem Entwurf.

Für den Abschnitt VI („Bezirksärzte“) des Entwurfes wurde eine Umarbeitung vorgeschlagen. Es wurde entsprechend dem Antrage Oberbayern beschlossen, in einer aus erfahrenen Amtsärzten bestehenden Kommission darüber zu beraten

a) in welchen Fällen der Bezirksarzt selbständig handeln solle und
b) in welchen Fällen das Bezirksamt im Benehmen mit dem Amtsarzt zu entscheiden habe.

Die Beschlüsse der alsbald zusammentretenden Kommission sollten als Vorschlag für eine Umarbeitung des Abschnitts VI gelten. Mit der Auswahl der Mitglieder der Kommission wurde der Landesvorsitzende betraut.

Der von 2 Augsburger Amtsärzten geprüfte Rechenschaftsbericht des Kassenwartes Dr. Schuster wurde ohne Erinnerung befunden, dem Kassenführer wurde mit Dank für seine Mühewaltung Entlastung erteilt.

IV. Med.-Rat Dr. Marzell berichtete, daß die Vorstandschaft nach der staatlichen Umwälzung den alsbaldigen Beitritt des Medizinalbeamtenvereins in dem **Bayer. Beamten- und Lehrerbund** (B.L.B.) für notwendig erachtet habe. Zu dem bereits erfolgten Beitritt erteilte die Mitgliederversammlung nachträglich ihre Zustimmung. Mit der Vertretung der Interessen des Vereins im B.L.B. wurde vom Vorstand Dr. Marzell betraut.

V. Auf Veranlassung des B.L.B. haben sich **Fachgewerkschaften** der einzelnen Beamtengruppen gebildet. Die zur Zeit der Landesversammlung ins Leben getretenen 11 Beamtenfachgewerkschaften wurden in dem B.L.B. zu einem Gewerkschaftskartell vereinigt. In der Vorstandschaft fand der Gedanke, einer Fachgewerkschaft beizutreten, nicht allgemeine Zustimmung, da das Verhältnis der Beamten zum Staat doch ein wesentlich anderes sei, wie das der freien Arbeiter zu ihren Arbeitgebern. Anderseits haben die Erfahrungen der Beamtenschaft während der Rätezeit doch die Notwendigkeit eines Zusammenschlusses auf der Grundlage einer Gewerkschaft ergeben. Die Vorstandschaft glaubte deshalb in der Mitgliederversammlung den Antrag stellen zu sollen, daß die beamteten Aerzte der Gewerkschaft der Verwaltungsbeamten beitreten. Die Gewerkschaft fordert Einzelmitgliedschaft und erhebt vorerst zur Durchführung ihrer Aufgaben von jedem Einzelmitglied einen Jahresbeitrag von 20 M.

Dem Antrag der Vorstandschaft wurde beigetreten, der Vollzug des Beschlusses wurde den Landesvorsitzenden übertragen.

VI. Entsprechend einem Antrag der Vorstandschaft wurde eine Aenderung des § 4 der **Vereinssatzungen** einstimmig beschlossen.

Auf Antrag der pfälzischen Kreisversammlung wurde den Satzungen § 4a mit der Bestimmung beigefügt, daß um den Verein hervorragend ver-

diente Mitglieder zu **Ehrenmitglieder** durch die Vorstandsschaft ernannt werden können.

Der Jahresbeitrag wurde unter Abänderung des § 5 auf 20 M. erhöht.

§ 4, § 4a und 5 der abgeänderten Satzungen lauten nunmehr nach den Beschlüssen der Mitgliederversammlung:

„§ 4. Die Mitgliedschaft beginnt mit Empfang der Mitgliedskarte. Sie erlischt durch den Tod, durch Aberkennung des Wahlrechtes oder der Wahlfähigkeit zu einer staatlich anerkannten ärztlichen Standesvertretung, oder durch freiwillige Austrittserklärung. Der Austritt kann jederzeit unbeschadet der Verpflichtung zur Entrichtung des laufenden Jahresbeitrages erfolgen.

Bei standesunwürdigem Benehmen kann die Vorstandschaft mit $^2/_3$ Mehrheit den Ausschluß verfügen. Gegen den Beschluß ist Berufung zur Mitgliederversammlung zulässig.

§ 4a. Um den Verein hervorragend verdiente Mitglieder können zu Ehrenmitgliedern durch die Vorstandschaft ernannt werden.

§ 5. Der Jahresbeitrag beträgt jährlich 20 M. Das Vereinsjahr läuft mit dem Kalenderjahr.

Der Beitrag wird alljährlich im Februar von dem Schriftführer — Kassenwart eingehoben.

Jedes Mitglied erhält die Zeitschrift für Medizinalbeamte unentgeltlich geliefert."

Im Vollzug des Beschlusses der 13. Landesversammlung traten am 12. Dezember 1919 im Sitzungssaal des Staatsministeriums des Innern unter Teilnahme vom Geheimrat Prof. Dr. Dieudonné, Obermedizinalrat Prof. Dr. Messerer und Reg.- und Med.-Rat Dr. Gebhardt die Vertreter des Medizinalbeamtenvereins (Boecale-Regensburg, Frickhinger-Würzburg, Graßl-Kempten, Henkel-München, Marzell-München, Seiderer-Feuchtwangen, Seiffert-München, Spaet-Fürth, Wallner-München), zur Prüfung der Frage zusammen, welche **Dienstgeschäfte dem Bezirksarzt zur selbstständigen Erledigung übertragen werden können.** Zur Klärung der Frage hatte der Landesvorstand vorher eine Reihe von Amtsärzten um schriftliche Gutachten ersucht. Die Berichterstattung hatte Spaet-Fürth, das Amt des Schriftführers Seiffert-München übernommen. Man einigte sich dahin, Vorschläge für eine größere Selbständigkeit des Bezirksarztes in drei Richtungen zu machen:

a) in der Ueberwachung der Berufsausübung des unterärztlichen Personals,
b) auf dem Gebiete der Bekämpfung der übertragbaren Krankheiten,
c) auf dem Gebiete der sozialen Fürsorge.

Die Beschlüsse der Kommission wurden in Ziffer 6 („Bezirksärzte") der Vorschläge zum Ausbau des öffentlichen Gesundheitswesens berücksichtigt. Die Vorschläge wurden im Druck veröffentlicht, sie sind auch in der Vereinszeitschrift (Jahrg. 1920, Nr. 4, S. 77) enthalten, es darf hierauf Bezug genommen werden.

Die Vorschläge wurden mit Begleitschreiben vom 31. Januar 1920 den Staatsministerien des Innern, der sozialen Fürsorge, der Justiz und der Finanzen vorgelegt. Mit einer weiteren Eingabe vom 23. Februar 1920 ist die Druckschrift auch dem Landtag überreicht und in 100 Exemplaren im Lesezimmer des Landtags aufgelegt worden.

Von seiten der Kommission für soz. Hygiene des Münchener Aerztevereins für freie Arztwahl wurde gleichfalls eine Denkschrift über den Ausbau des öffentlichen Gesundheitswesens in Bayern ausgearbeitet. Der Medizinalbeamtenverein hat sich mit den Landesverbänden für Säuglings- und Kleinkinderfürsorge und zur Bekämpfung der Tuberkulose auch dieser Denkschrift, die sich in der Richtung unserer Vorschläge bewegt, angeschlossen. Die Denkschrift begründet eingehend die Notwendigkeit des Ausbaues des öffentlichen Gesundheitswesens als Mittel zur Wiedergesundung unseres zerrütteten Volkskörpers.

XIV. Landesversammlung am 4. Juli 1920 in München.

Die weitere Entwicklung der Besoldungsordnung ergab die Notwendigkeit, die XIV. Landesversammlung auf den 4. Juli 1920 nach München (Hotel Union) einzuberufen. Die Versammlung war von 74 Mitgliedern besucht. Als Vertreter des Staatsministers des Innern nahm Geh Rat Prof. Dr. Dieudonné an der Versammlung teil, von den meisten Kreisregierungen waren die Medizinalreferenten als Vertreter abgeordnet worden.

I. Der Landesvorsitzende Dr. Frickhinger begrüßte die Anwesenden, insbesondere die Vertreter der Staats- und der Kreisregierungen und gab einen **Tätigkeitsbericht der Vorstandschaft** über den Vollzug der Beschlüsse der letzten Landesversammlung, sowie über das Vorgehen der Vorstandschaft betr. der Besoldungsordnung.

Dem Kassenwart wurde nach erstattetem Rechenschaftsbericht Entlastung für das Rechnungsjahr 1919 erteilt.

II. Den Hauptpunkt der Tagesordnung bildete die **Besoldungsordnung.** Der Landesvorsitzende machte hierzu nachstehende Ausführungen: Der Landesvorsitzende und der Kreisvorsitzende für Oberbayern (Frickhinger und Marzell) hatten am 30. November 1919 Audienz bei dem damaligen Staatsminister des Innern und haben hierbei die Wünsche der Bezirksärzte über den Ausbau des bezirksärztlichen Dienstes und über die Gleichstellung der Bezirksärzte mit den ihnen entsprechenden Beamtengruppen, ferner die Notwendigkeit der Schaffung von Vorrückungsstellen für alle Amtsärzte eingehend begründet. Nach dem Verlauf der Audienz und den uns sonst gewordenen Mitteilungen war die Hoffnung auf eine Berücksichtigung unserer Wünsche begründet. Da kam die Nachricht, daß in der endgültigen Beratung der Referenten der einzelnen Ministerien beschlossen wurde, die Bezirksärzte in Rücksicht auf die von ihnen bezogenen Gebühren in der Gehaltsklasse der bisherigen Bezirksamtsassessoren, Amtsrichter usw. (nunmehr Gehaltsgruppe X) zu belassen. Die Landgerichtsärzte wurden in der ihrer bisherigen Gehaltsklasse entsprechenden Gruppe XI eingereiht. Vorrückungsstellen wurden für die in Gehaltsgruppe X eingereihten Strafanstaltsärzte nach XI vorgesehen, den Bezirksärzten und Landgerichtsärzten wurden sie verweigert.

Der Landesvorsitzende berief alsbald nach Bekanntwerden dieser Nachricht eine Vorstandssitzung auf den 5. Mai 1920 nach München ein. Da das Impfgeschäft schon in vollem Gange war, konnten, wie vorauszusehen war, nur einige Kreisvorsitzende persönlich erscheinen, die übrigen mußten Vertreter abordnen, zwei Regierungsbezirke waren überhaupt nicht vertreten. Zu der Vorstandssitzung war als Gast Geh. Rat Prof. Dr. Dieudonné erschienen, der die Güte hatte, über den Stand der Gehaltsordnung nähere Mitteilungen zu machen. Aus den Ausführungen ging hervor, daß keine Aussicht auf eine Einreihung der Bezirksärzte in eine höhere Gehaltsgruppe bestände, wenn nicht die Gebühren fallen. Der Landesvorsitzende wies auf den Ernst der Lage hin. Die Vorstandschaft stehe vor dem folgenschweren Entschluß, ob sie die Einreihung in eine höhere Gehaltsklasse gegebenenfalls unter Verzichtleistung auf die Gebühren anstreben solle. Zu berücksichtigen sei auch, daß bei Einreihung in eine höhere Gehaltsklasse ein Praxisverbot nicht absolut ausgeschlossen sei.

In der Vorstandssitzung wurde nochmals die ganze Frage nach allen Seiten hin erörtert. Schließlich siegte die Anschauung, daß die Einreihung der Bezirksärzte in eine höhere Gehaltsklasse eine Hebung des Standes bedeute und daß deshalb die bisherigen Bemühungen der Vorstandschaft mit aller Energie fortzusetzen seien.

Es wurde beschlossen, nochmals eine Eingabe an die Staatsministerien des Innern und der Finanzen zu richten. Die Frage des Praxisverbotes sollte in dieser Eingabe nicht angeschnitten werden; dagegen wurde der Landesvorsitzende ermächtigt, wenn nötig den Verzicht auf Gebühren in der Eingabe auszusprechen.

Da Geheimrat Dr. Dieudonné die Sitzung aus dienstlichen Gründen vorzeitig hatte verlassen müssen, begaben sich die Sitzungsteilnehmer nachmittags in dessen Amtszimmer, um das Ergebnis der Beratung mitzuteilen und zu

bitten, das von seiten des Herrn Geheimrats jederzeit bewiesene Wohlwollen den Amtsärzten auch weiterhin zu gewähren.

Am Abend hatte dann noch der Landesvorsitzende im Verein mit Reg.- und Med.-Rat Dr. Gebhardt und Med.-Rat Dr. Kihn eine Besprechung mit dem Fraktionsvorsitzenden der Bayer. Volkspartei, Prof. Stang und dem Landtagsabgeordneten Finanzassessor Probst. Auch hier wurden die Wünsche der Medizinalbeamten zur Besoldungsordnung vorgetragen und ausführlich begründet.

In Rücksicht auf die Wichtigkeit der Frage hielt es der Landesvorsitzende zur Einleitung eines weiteren Schrittes für geboten, die an der Teilnahme an der Vorstandssitzung verhinderten Kreisvorsitzenden durch Uebersendung der Niederschrift über das Ergebnis der Sitzung zu verständigen und um ihre nachträgliche Stellungnahme zu den Beschlüssen zu bitten. Es erfolgte daraufhin von allen Kreisvorsitzenden Zustimmung. Unterdessen hatte der Landesvorsitzende nochmals Fühlung genommen mit den zuständigen Referenten im Staatsministerium des Innern und im Finanzministerium und den bestimmten Eindruck gewonnen, daß eine Einreihung der Bezirksärzte in eine höhere Klasse, wenn überhaupt, nur bei Verzichtleistung auf die Gebühren möglich sei. Daraufhin wurden noch im Monat Mai Eingaben an den Staatsminister des Innern Exz. von Kahr und an den damaligen stellvertretenden Finanzminister, Staatssekretär Krausneck, sowie an den Landtag gerichtet. In den Eingaben wurde nochmals um Einreihung der Bezirksärzte in die Gehaltsgruppe XI und um Schaffung von Vorrückungsposten für alle Amtsärzte gebeten. Schweren Herzens wurde unter dem Zwang der Verhältnisse für die Bezirksärzte auf die Gebühren verzichtet.

Zu gleicher Zeit ging Mitte Mai sämtlichen Bezirksärzten von seiten der Vorstandschaft ein Erhebungsbogen über die Höhe der Gebühren zu. An der Erhebung beteiligten sich 136 Bezirksärzte. Ihre Reineinnahmen aus der Impfung und die Einnahmen aus den sonstigen amtsärztlichen Gebühren betrugen nach dem dreijährigen Durchschnitt der Jahre 1917—1919

bei 55	Bezirksärzten	von 200 bis 1000 M.
„ 51	„	über 1000 „ 2000 M.
„ 12	„	über 2000 „ 3000 M.
„ 18	„	über 3000 M.

Von diesen Gebühren haben die Bezirksärzte die Unkosten des Dienstzimmers, die Beschaffung und Instandhaltung der Büromöbel, den Bezug fachwissenschaftlicher Druckschriften bestritten.

Einer Vorstandssitzung vom 3. Juli 1920, an der als Gast Geheimrat Prof. Dr. Dieudonné, sowie ein Vertreter der neuernannten Bezirksärzte der Stadt München teilnahmen, wurde dieses Ergebnis bekanntgegeben. Es wurden nochmals die einschneidenden Folgen der Verzichtleistung auf die Gebühren besprochen und beschlossen, in der am darauffolgenden Tage stattfindenden Landesversammlung folgende zwei Fragen vorzulegen:

1. Soll für die Bezirksärzte Gehaltsgruppe XI und Schaffung von Vorrückungsposten (Gehaltsklasse XII) unter allen Umständen, also auch unter Verzichtleistung auf die Gebühren erstrebt werden? oder soll
2. Gehaltsgruppe X beibehalten werden aber mit zeitgemäß erhöhten Gebühren, mit Vorrückungsposten nach XI für die Bezirksärzte der großen Städte und Doppelbezirke, sowie unter Ruhestandsversetzung und Bemessung der Tagegelder nach XI für alle Bezirksärzte?

Die beiden Fragen riefen in der Landesversammlung eine lebhafte Aussprache hervor. Die bekannten, im Verein schon so oft vorgebrachten Gründe, die den Bezirksärzten die Ueberführung in eine höhere Gehaltsgruppe aus Rücksichten auf den Dienst und den Stand notwendig erscheinen lassen, wurden von verschiedenen Seiten zum Ausdruck gebracht. Daneben kamen aber auch die einschneidenden wirtschaftlichen Verhältnisse, die der Gebührenausfall nach sich zieht, zur Sprache. Es wurde die Frage aufgeworfen, ob es klug sei, im jetzigen Zeitpunkt bei der trostlosen Finanzlage des Staates auf die Gebühren zu verzichten, statt deren Erhöhung zu verlangen. Hierbei wurde darauf hingewiesen, daß bei einem offen erklärten Staatsbankerott das ganze wirtschaft-

liche Leben zusammenbrechen und der Gebührenanfall dadurch beträchtlich zurückgehen würde. Es wurde betont, daß die wirtschaftlichen Verhältnisse der Bezirksärzte der großen und der kleinen Bezirke unter dem Einfluß der Gebühren und der Privatpraxis sehr verschieden sind. Während für den Bezirksarzt der großen Stadt die Gebühren eine ganz wesentliche Einnahme darstellen, fallen die Gebühren für den Bezirksarzt des kleinen ländlichen Bezirks nicht weiter ins Gewicht. Die Verschiedenheit wird bei einem Teil der Kollegen auf dem Lande dadurch ausgeglichen, daß sie Gelegenheit zur Privatpraxis haben. Es ist aber bekannt, daß die Privatpraxis durch den scharfen Wettbewerb der praktischen Aerzte immer mehr zurückgeht und auch durch die Erweiterung des Arbeitsgebietes des Amtsarztes, durch die mühsame Kleinarbeit der sozialen Fürsorge mehr und mehr unmöglich wird. Weiter wurde auch wieder auf die Schwankungen der Gebühren hingewiesen, die von Jahrzehnt zu Jahrzehnt mehr eingeengt, seit der Verordnung vom 9. Januar 1912 unmittelbar bedroht sind (§ 14).

Von einer Seite wurde die von der Vorstandschaft veranlaßte Erhebung über den Gebührenanfall der Bezirksärzte als nicht ganz zuverlässig bezeichnet. Vom Landesvorsitzenden wurde der Einwurf bestritten. Es müsse wohl zugegeben werden, daß sich in einzelnen Erhebungsbogen auffällige Irrtümer nach oben und unten eingeschlichen haben, dem Landesvorsitzenden seien aber doch die Verhältnisse einer ganzen Reihe von Bezirken wohl bekannt; er glaubt auf Grund dieser Kenntnis die Statistik im allgemeinen als zutreffend bezeichnen zu müssen. An der Hand der Gehaltsordnung wurden von ihm außerdem noch zahlenmäßige Aufschlüsse über die Einkommensverhältnisse erteilt. Er machte dabei folgende Ausführungen:

Bei dem Vergleich zwischen der Gehaltsgruppe X und XI wird man als vorsichtiger Rechner nur den Grundgehalt und Ortszuschlag als feststehende Größen betrachten. Der bewegliche Teuerungszuschlag kann von Jahr zu Jahr geändert werden. Wenn wir nur Grundgehalt und Ortszuschlag vergleichen, so ergiebt sich für die Gehaltsklasse XI eine Mehreinnahme von 1300 bis 2200 M. Diese Mehreinnahme wird bei der Mehrzahl der Bezirksärzte hinreichen, den Gebührenausfall zu decken. So ist anzunehmen, daß von den 136 Bezirksärzten, die sich an der Erhebung beteiligten, über 100 Bezirksärzte keinen finanziellen Nachteil, ein Teil von ihnen dagegen einen wesentlichen Vorteil haben werden. Dagegen haben die Bezirksärzte der großen und größten Verwaltungsbezirke bei Einzug der Gebühren einen teilweise sehr beträchtlichen Einnahmeausfall, der auch durch die Ueberführung in die Gehaltsklasse XII nicht wett gemacht wird. Dies trifft besonders für die Städte zu, in den die Bezirksärzte keine Auslagen für Diensträume, Telephon, Schreibhilfe haben. Die Ueberführung in Gehaltsgruppe XII wird für diese Bezirksärzte umso weniger eine wesentliche finanzielle Verbesserung gegenüber der Gruppe XI bedeuten, weil jedenfalls damit zu rechnen ist, daß deren Ueberführung als Beförderung angesehen wird und hierbei der Artikel 31 des Besoldungsgesetzes in Anwendung kommt. Es würde die Einreihung also nicht dem Dienstalter des Bezirksarztes, sondern der Gehaltsstufe entsprechend erfolgen, die er bei Ueberführung in Gruppe XI erreicht hätte. In all' den Fällen, in denen durch die Ueberleitung unter Verzicht der Gebühren Härten und finanzielle Nachteile erfolgen würden, müßte daher — wie dies auch sonst geschieht — ein Ausgleich durch Uebergangsbestimmungen geschaffen werden. Es könnte die Differenz zwischen dem Gehalt der Klasse X plus dem zu ermittelnden durchschnittlichen Gebührenaustalt und zwischen der Klasse XI, bezw. XII als persönliche Zulage gewährt werden.

An einen freiwilligen Verzicht auf die Gebühren wären folgende Bedingungen zu knüpfen:

1. Die Ueberführung in Gruppe XI darf nicht als eine Beförderung im Sinne des Artikel 31 des Besoldungsgesetzes angesehen werden. Es muß demnach die Einreihung der Bezirksärzte in die ihrem Dienstalter entsprechende Gehaltsstufe erfolgen.
2. Ueberführung in Gruppe XI und Schaffung von Vorrückungsposten nach XII sind bei der Verzichtleistung eine einheitliche Forderung.
3. Da die Bezirksärzte in einem sehr späten Alter zur Anstellung kommen, ist es billig, bei ihnen Artikel 9 Ziffer 7 der Besoldungsordnung zur An-

wendung zu bringen, d. h. die Zeit ihrer praktischen Beschäftigung außerhalb des Staatsbeamtenverhältnisses wenigstens teilweise als Dienstzeit anzurechnen.

4. Da die Bezirksärzte aus ihren Gebühreneinnahmen Diensträume, Büromöbel, (Schreibmaschine) Fernsprechanschluß bestritten haben, müßte der Staat bei dem Wegfall der amtlichen Gebühren für den sachlichen Bedarf des gesamten Dienstes aufkommen.
5. Die Amtsärzte erhalten — auch bei Neuanstellung — Umzugsgelder wie die übrigen Beamten.
6. Als Uebergangsforderung sind im Falle eintretender Härten persönliche Zulagen zu verlangen.

Bei namentlicher Abstimmung über die der Versammlung vorgelegten Fragen stimmten 55 Mitglieder für Frage I (Verzichtleistung), 14 Mitglieder für Frage II; 5 Mitglieder, die dem Stande der Bezirksärzte nicht angehörten, enthielten sich der Abstimmung. Der Landesvorsitzende erklärte es im Hinblick auf das Ergebnis der Abstimmung nicht für möglich, die Verzichtleistung auf die Gebühren ohne weiteres aufrechtzuerhalten, jedenfalls müsse vorher noch eine schriftliche Befragung der abwesenden Mitglieder stattfinden, ehe weitere Schritte erfolgen können.

III. Zum letzten Punkt der Tagesordnung berichtet der Kassenwart über die **Notwendigkeit der Erhöhung des Jahresbeitrages.** Die von der XIII. Landesversammlung auf 20 M. beschlossene Erhöhung erwies sich im Hinblick auf die sprunghaft in die Höhe gehenden Auslagen für Drucksachen, Portis und die Erhöhung des Bezugspreises der Zeitschrift als unzulänglich. Es wurde unter entsprechender Abänderung des § 5 der Satzungen eine Erhöhung des Jahresbeitrages auf 40 Mark beschlossen.

Außerhalb der Tagesordnung machte Geheimrat Prof. Dr. Dieudonné interessante Mitteilungen über den Stand und die Erfahrungen bei der zurzeit herrschenden Maul- und Klauenseuche. Die Gefahren des Seuchenfleisches notgeschlachteter Tiere würden überschätzt; zu beachten sei aber, daß das Fleisch kranker Tiere weniger haltbar sei und niemals ungekocht gegessen werden dürfe.

Zum Schlusse wurde noch bekanntgegeben, daß die tags vorher abgehaltene Vorstandssitzung, an der 7 stimmberechtigte Vorstandsmitglieder teilnahmen, die fällige Neuwahl des Landesvorsitzenden und Schriftführer-Kassenwartes vornahm. Der Landesvorsitzende hatte in Rücksicht auf sein neues Amt ernstlich gebeten, von einer etwaigen Wiederwahl seiner Person abzusehen. Er wurde aber ersucht, vorerst noch auszuhalten und wurde einstimmig wiedergewählt. Auch der bisherige Schriftführer-Kassenwart hatte Rücktrittsgedanken, ließ sich aber gleichfalls bewegen, sein Amt noch weiter zu übernehmen.

Der Vorsitzende dankte Herrn Geheimrat Dr. Dieudonné für die Teilnahme an der Versammlung und das dadurch wiederum bekundete Interesse an den Sorgen unseres Standes, wie auch für die zum Schlusse gemachten wertvollen Ausführungen und schloß mit dem Wunsche, daß die weiteren Bemühungen der Vorstandschaft, die in ihrem Bestreben, die Lage der Medizinalbeamten zu bessern, nicht erlahmen werde, schließlich doch noch von einem kleinen Erfolg gekrönt werden möchten.

Aus der Mitte der Versammlung wurde der Vorstandschaft und dem Landesvorsitzenden noch der Dank des Vereins zum Ausdruck gebracht.

Dr. Frickhinger-München.

Besprechungen.

Prof. Dr. E. Dietrich, Wirkl. Geh. Ober-Med.-Rat in Berlin: **Die Preussische Gebührenordnung für approbierte Aerzte und Zahnärzte;** bisher herausgegeben von Wirkl. Geh. Rat Dr. Förster-Berlin. 7. vermehrte Auflage. Berlin 1920. Verlag von Richard Schötz. 12°; 162 S. Preis: brosch.: 9,50 Mark.

Derselbe: Die Preussische Gebührenordnung für approbierte Aerzte und Zahnärzte vom 1. September 1920. Berlin 1920. Ebenda. 12°; 56 S. Preis: brosch.: 5,50 M.

Beide Kommentare gehören zusammen; denn unmittelbar nach dem Erscheinen des zuerstgenannten, der eine Neuausgabe des bekannten Foersterschen Kommentars der früheren preußischen ärztlichen Gebührenordnung darstellt, trat an deren Stelle eine neue Gebührenordnung, die demzufolge einen Nachtrag notwendig machte. Der Foerstersche Kommentar, seine Vorzüge und demzufolge seine große Brauchbarkeit für den praktischen Arzt sind bereits wiederholt in dieser Zeitschrift besprochen und warm empfohlen. In der vorliegenden Ausgabe treten alle diese Vorzüge infolge der sachkundigen Neubearbeitung noch in erhöhtem Maße zu Tage; dies gilt auch betreffs der in einem Anhang wieder besprochenen Abschnitte „Der ärztliche Gebührenanspruch und seine praktische Geltendmachung" und das Gesetz betr. „Die Gebühren der Medizinalbeamten".

Dr. Borntraeger, Geh. Med.-Rat zu Düsseldorf: **Preussische Gebührenordnung für Aerzte und Zahnärzte vom 1. September 1920.** Leipzig; 1921. Verlag von Curt Kabitzsch. Fünfte verbesserte Auflage. Kl. 12°. 99 S. Preis: 9 Mark.

Der Erlaß einer neuen ärztlichen Gebührenordnung für Preußen hat die Neuauflage der in ärztlichen Kreisen sehr beliebten Bornträgerschen notwendig gemacht. Der Kommentar zeichnet sich durch eingehende Erläuterungen aus, die alle für den praktischen Gebrauch wichtigen Punkte und strittigen Fragen berühren. Er bringt außerdem nicht nur die neue Gebührenordnung, sondern auch als Einleitung einen kurz gefaßten Abschnitt über die Stellung eines Arztes und über Medizinaltaxen im allgemeinen, sowie weiterhin einen recht wertvollen Abschnitt über die Gebühren für Amts- und Gerichtsärzte mit dem Gesetze betr. die Gebühren der Medizinalbeamten. Rpd.

Tagesnachrichten.

Erhöhung der Teuerungszuschläge zu den Beamtengehältern in Preußen. Die preußische Staatsregierung ist dem Beispiel der Reichsregierung sehr schnell gefolgt und hat durch Verordnung des Staatsministeriums vom 2. September den Teuerungszuschlag und die Kinderbeihilfen in gleicher Weise wie bei den Reichsbeamten (s. Nr. 17, S. 370) erhöht. Dementsprechend erhöhen sich auch der Versorgungszuschlag und die Kinderbeihilfen der Wartegeldempfänger, Ruhegehaltsempfänger und Beamtenwitwen bezw. die Waisengelder. Die Erhöhung soll ebenfalls rückwirkend vom 1. August d. Js. ab erfolgen.

Die preußischen Medizinalbeamten werden auf die in der Beilage zur heutigen Nummer abgedruckten allgemeinen Verfügung des Finanzministers vom 8. Juli d. J. betr. **Ausführungsvorschriften zum Beamtendiensteinkommensgesetz** hingewiesen, insbesondere auf die darin enthaltenen Bestimmungen über die Anrechnung der Ausbildungszeit auf einer wissenschaftlichen Hochschule und der Prüfungszeit auf das Besoldungsdienstalter (s. Ziffer 64 und 159) sowie der Zeit einer praktischen Beschäftigung vor der Anstellung. Für die Kreisassistenzärzte und Kreisärzte würde sich demnach das Besoldungsdienstalter um mindestens sechs Jahre erhöhen (3 Jahre Hochschulzeit einschließlich Prüfungszeit und 3 Jahre praktische Tätigkeit vor der Kreisarztprüfung). Dazu würde noch die Vorbereitungs- und Prüfungszeit für die kreisärztliche Prüfung hinzukommen. Ob und welche Zeit als Prüfungszeit usw. anzurechnen ist, soll von dem betreffenden Fachminister im Einvernehmen mit dem Finanzminister bestimmt werden; es erscheint deshalb dringend notwendig, daß der Vorstand des Preußischen Medizinalbeamtenvereins an den zuständigen Minister für Volkswohlfahrt sofort die Bitte richtet, ihn noch vor Erlaß dieser Bestimmungen zu hören und Gelegenheit zum Vortrag der von den Medizinalbeamten in dieser Hinsicht gehegten Wünsche zu geben. Der einzelne Medizinalbeamte wird dagegen vorläufig dieserhalb nichts veranlassen können, sondern erst ruhig abwarten müssen, bis die nach den obengenannten Vorschriften vorzunehmende Festsetzung seines Besoldungsdienstalters durch die

zuständige Behörde (Regs.-Präsidenten) erfolgt ist. Sollte diese nach seiner Meinung nicht richtig sein, dann bleibt ihm selbstverständlich der Beschwerdeweg offen.

Die Frage der **Rechtsansprüche der zwangspensionierten Beamten auf Fortzahlung des vollen Gehaltes** ist zweifellos eine strittige. Der Herr Regierungspräsident in Magdeburg hat sich allerdings auf einen anderen Standpunkt gestellt und den Rechtsweg in einem Bescheid vom 21. August d. J. einfach als unzulässig erklärt. Es heißt hier:

„Ihren Protest vom 25. ds. Mts. habe ich an den Herrn Minister für Volkswohlfahrt weitergegeben.

Im übrigen mache ich ergebenst darauf aufmerksam, daß es Ihnen überlassen bleibt, wegen der vermeintlichen Ansprüche den Rechtsweg zu beschreiten, daß aber eine Klage auf Fortzahlung des Gehalts nach den §§ 21—28 des Zivil-Ruhegehaltsgesetzes und dem § 5 des Gesetzes betr. die Erweiterung des Rechtsweges vom 24. Mai 1901 der Abweisung wegen Unzulässigkeit des Rechtsweges unterliegen dürfte.“

Es stehen sich jetzt also zwei Ansichten gegenüber, die der Zivilkammer des Landgerichts in Berlin, die den Rechtsweg in dieser Frage als zulässig erklärt hat, und der einer höheren Verwaltungsbehörde, die der gegenteiligen Ansicht ist. Da es sich in dem vorliegenden Falle um eine juristische und nicht um eine verwaltungsrechtliche Frage handelt, so soll sich niemand durch die Ansicht des Herrn Regierungspräsidenten in Magdeburg abhalten lassen, seinen Anspruch im Rechtswege geltend zu machen, nachdem er im Beschwerdewege abgewiesen ist.

Bei der Beratung des **Haushalts der Abteilung für Volksgesundheit** des preußischen Ministeriums für Volkswohlfahrt hat der Hauptausschuß des Landtages die sozialistischen Anträge auf Beseitigung der ärztlichen Ehrengerichte und auf Sozialisierung der ärztlichen Heiltätigkeit abgelehnt. Dagegen wurde ein Antrag der Deutschen Volkspartei angenommen, wonach die Landesanstalt für Wasserhygiene auch für die Reinhaltung der Luft sorgen soll. Außerdem wurde der Betrag zu Beihilfen behufs Bekämpfung der Tuberkulose auf 5 Millionen Mark erhöht und die Einführung einer Anzeigepflicht für Tuberkulose verlangt.

In Preußen sind jetzt vom Minister für Volkswohlfahrt durch Erlaß vom 19. Juni d. J. neue **Vorschriften** über die **staatliche Prüfung von Krankenpflegepersonen** erlassen, deren Abdruck in der Beilage zu dieser Zeitschrift wegen Raummangels erst in einer der nächsten Beilagen erfolgen wird.

In der Zeit vom 19.—22. Oktober 1921 findet in München für **Landgerichtsärzte ein Fortbildungskursus über gerichtliche Medizin und gerichtliche Psychiatrie** durch Landgerichtsarzt Prof. Dr. Merkel und Prof. Dr. Rüdin statt. Der Lehrgang beginnt am 19. Oktober, vorm. 9 Uhr, im gerichtlich-medizinischen Institut, Schillerstr. 25. Für die Dauer des Kurses und der Reise wird ein außerordentlicher Urlaub gewährt, Ersatz für Reisekosten und Tagegelder. An dem Lehrgang können auch Bezirksärzte und Aerzte, die die Prüfung zum ärztlichen Staatsdienst abgelegt haben, teilnehmen. Beihilfen aus Staatsmitteln können diesen Aerzten aber nicht gewährt werden. Gesuche um Zulassung sind bis zum 25. September bei den Regierungen, Kammern des Innern, einzureichen.

In der Zeit vom 24.—28. Oktober 1921 veranstaltet der Landesverband für das ärztliche Fortbildungswesen und der Landesverband zur Bekämpfung der Tuberkulose in München mit Unterstützung des Staatsministeriums des Innern einen **Fortbildungskursus über Tuberkulose** mit besonderer Berücksichtigung ihrer Diagnose und Bekämpfung. Anmeldungen sind bis zum 10. Oktober an die Geschäftsstelle des Landesverbandes für das ärztliche

Beide Kommentare gehören zusammen; denn unmittelbar nach dem Erscheinen des zuerstgenannten, der eine Neuausgabe des bekannten Foersterschen Kommentars der früheren preußischen ärztlichen Gebührenordnung darstellt, trat an deren Stelle eine neue Gebührenordnung, die demzufolge einen Nachtrag notwendig machte. Der Foerstersche Kommentar, seine Vorzüge und demzufolge seine große Brauchbarkeit für den praktischen Arzt sind bereits wiederholt in dieser Zeitschrift besprochen und warm empfohlen. In der vorliegenden Ausgabe treten alle diese Vorzüge infolge der sachkundigen Neubearbeitung noch in erhöhtem Maße zu Tage; dies gilt auch betreffs der in einem Anhang wieder besprochenen Abschnitte „Der ärztliche Gebührenanspruch und seine praktische Geltendmachung“ und das Gesetz betr. „Die Gebühren der Medizinalbeamten“.

Dr. Borntraeger, Geh. Med.-Rat zu Düsseldorf: **Preussische Gebührenordnung für Aerzte und Zahnärzte vom 1. September 1920.** Leipzig; 1921. Verlag von Curt Kabitzsch. Fünfte verbesserte Auflage. Kl. 12°. 99 S. Preis: 9 Mark.

Der Erlaß einer neuen ärztlichen Gebührenordnung für Preußen hat die Neuauflage der in ärztlichen Kreisen sehr beliebten Bornträgerschen notwendig gemacht. Der Kommentar zeichnet sich durch eingehende Erläuterungen aus, die alle für den praktischen Gebrauch wichtigen Punkte und strittigen Fragen berühren. Er bringt außerdem nicht nur die neue Gebührenordnung, sondern auch als Einleitung einen kurz gefaßten Abschnitt über die Stellung eines Arztes und über Medizinaltaxen im allgemeinen, sowie weiterhin einen recht wertvollen Abschnitt über die Gebühren für Amts- und Gerichtsärzte mit dem Gesetze betr. die Gebühren der Medizinalbeamten. Rpd.

Tagesnachrichten.

Erhöhung der Teuerungszuschläge zu den Beamtengehältern in Preußen. Die preußische Staatsregierung ist dem Beispiel der Reichsregierung sehr schnell gefolgt und hat durch Verordnung des Staatsministeriums vom 2. September den Teuerungszuschlag und die Kinderbeihilfen in gleicher Weise wie bei den Reichsbeamten (s. Nr. 17, S. 370) erhöht. Dementsprechend erhöhen sich auch der Versorgungszuschlag und die Kinderbeihilfen der Wartegeldempfänger, Ruhegehaltsempfänger und Beamtenwitwen bezw. die Waisengelder. Die Erhöhung soll ebenfalls rückwirkend vom 1. August d. Js. ab erfolgen.

Die preußischen Medizinalbeamten werden auf die in der Beilage zur heutigen Nummer abgedruckten allgemeinen Verfügung des Finanzministers vom 8. Juli d. J. betr. **Ausführungsvorschriften zum Beamtendiensteinkommensgesetz** hingewiesen, insbesondere auf die darin enthaltenen Bestimmungen über die Anrechnung der Ausbildungszeit auf einer wissenschaftlichen Hochschule und der Prüfungszeit auf das Besoldungsdienstalter (s. Ziffer 64 und 159) sowie der Zeit einer praktischen Beschäftigung vor der Anstellung. Für die Kreisassistenzärzte und Kreisärzte würde sich demnach das Besoldungsdienstalter um mindestens sechs Jahre erhöhen (3 Jahre Hochschulzeit einschließlich Prüfungszeit und 3 Jahre praktische Tätigkeit vor der Kreisarztprüfung). Dazu würde noch die Vorbereitungs- und Prüfungszeit für die kreisärztliche Prüfung hinzukommen. Ob und welche Zeit als Prüfungszeit usw. anzurechnen ist, soll von dem betreffenden Fachminister im Einvernehmen mit dem Finanzminister bestimmt werden; es erscheint deshalb dringend notwendig, daß der Vorstand des Preußischen Medizinalbeamtenvereins an den zuständigen Minister für Volkswohlfahrt sofort die Bitte richtet, ihn noch vor Erlaß dieser Bestimmungen zu hören und Gelegenheit zum Vortrag der von den Medizinalbeamten in dieser Hinsicht gehegten Wünsche zu geben. Der einzelne Medizinalbeamte wird dagegen vorläufig dieserhalb nichts veranlassen können, sondern erst ruhig abwarten müssen, bis die nach den obengenannten Vorschriften vorzunehmende Festsetzung seines Besoldungsdienstalters durch die

zuständige Behörde (Regs.-Präsidenten) erfolgt ist. Sollte diese nach seiner Meinung nicht richtig sein, dann bleibt ihm selbstverständlich der Beschwerdeweg offen.

Die Frage der **Rechtsansprüche der zwangspensionierten Beamten auf Fortzahlung des vollen Gehaltes** ist zweifellos eine strittige. Der Herr Regierungspräsident in Magdeburg hat sich allerdings auf einen anderen Standpunkt gestellt und den Rechtsweg in einem Bescheid vom 21. August d. J. einfach als unzulässig erklärt. Es heißt hier:

„Ihren Protest vom 25. ds. Mts. habe ich an den Herrn Minister für Volkswohlfahrt weitergegeben.

Im übrigen mache ich ergebenst darauf aufmerksam, daß es Ihnen überlassen bleibt, wegen der vermeintlichen Ansprüche den Rechtsweg zu beschreiten, daß aber eine Klage auf Fortzahlung des Gehalts nach den §§ 21—23 des Zivil-Ruhegehaltsgesetzes und dem § 5 des Gesetzes betr. die Erweiterung des Rechtsweges vom 24. Mai 1901 der Abweisung wegen Unzulässigkeit des Rechtsweges unterliegen dürfte."

Es stehen sich jetzt also zwei Ansichten gegenüber, die der Zivilkammer des Landgerichts in Berlin, die den Rechtsweg in dieser Frage als zulässig erklärt hat, und der einer höheren Verwaltungsbehörde, die der gegenteiligen Ansicht ist. Da es sich in dem vorliegenden Falle um eine juristische und nicht um eine verwaltungsrechtliche Frage handelt, so soll sich niemand durch die Ansicht des Herrn Regierungspräsidenten in Magdeburg abhalten lassen, seinen Anspruch im Rechtswege geltend zu machen, nachdem er im Beschwerdewege abgewiesen ist.

Bei der Beratung des **Haushalts der Abteilung für Volksgesundheit** des preußischen Ministeriums für Volkswohlfahrt hat der Hauptausschuß des Landtages die sozialistischen Anträge auf Beseitigung der ärztlichen Ehrengerichte und auf Sozialisierung der ärztlichen Heiltätigkeit abgelehnt. Dagegen wurde ein Antrag der Deutschen Volkspartei angenommen, wonach die Landesanstalt für Wasserhygiene auch für die Reinhaltung der Luft sorgen soll. Außerdem wurde der Betrag zu Beihilfen behufs Bekämpfung der Tuberkulose auf 5 Millionen Mark erhöht und die Einführung einer Anzeigepflicht für Tuberkulose verlangt.

In Preußen sind jetzt vom Minister für Volkswohlfahrt durch Erlaß vom 19. Juni d. J. neue **Vorschriften über die staatliche Prüfung von Krankenpflegepersonen** erlassen, deren Abdruck in der Beilage zu dieser Zeitschrift wegen Raummangels erst in einer der nächsten Beilagen erfolgen wird.

In der Zeit vom 19.—22. Oktober 1921 findet in München für **Landgerichtsärzte ein Fortbildungskursus über gerichtliche Medizin und gerichtliche Psychiatrie** durch Landgerichtsarzt Prof. Dr. Merkel und Prof. Dr. Rüdin statt. Der Lehrgang beginnt am 19. Oktober, vorm. 9 Uhr, im gerichtlich-medizinischen Institut, Schillerstr. 25. Für die Dauer des Kurses und der Reise wird ein außerordentlicher Urlaub gewährt, Ersatz für Reisekosten und Tagegelder. An dem Lehrgang können auch Bezirksärzte und Aerzte, die die Prüfung zum ärztlichen Staatsdienst abgelegt haben, teilnehmen. Beihilfen aus Staatsmitteln können diesen Aerzten aber nicht gewährt werden. Gesuche um Zulassung sind bis zum 25. September bei den Regierungen, Kammern des Innern, einzureichen.

In der Zeit vom 24.—28. Oktober 1921 veranstaltet der Landesverband für das ärztliche Fortbildungswesen und der Landesverband zur Bekämpfung der Tuberkulose in München mit Unterstützung des Staatsministeriums des Innern einen **Fortbildungskursus über Tuberkulose** mit besonderer Berücksichtigung ihrer Diagnose und Bekämpfung. Anmeldungen sind bis zum 10. Oktober an die Geschäftsstelle des Landesverbandes für das ärztliche

Beide Kommentare gehören zusammen; denn unmittelbar nach dem Erscheinen des zuerstgenannten, der eine Neuausgabe des bekannten Foerster-schen Kommentars der früheren preußischen ärztlichen Gebührenordnung darstellt, trat an deren Stelle eine neue Gebührenordnung, die demzufolge einen Nachtrag notwendig machte. Der Foerstersche Kommentar, seine Vorzüge und demzufolge seine große Brauchbarkeit für den praktischen Arzt sind bereits wiederholt in dieser Zeitschrift besprochen und warm empfohlen. In der vorliegenden Ausgabe treten alle diese Vorzüge infolge der sachkundigen Neubearbeitung noch in erhöhtem Maße zu Tage; dies gilt auch betreffs der in einem Anhang wieder besprochenen Abschnitte „Der ärztliche Gebührenanspruch und seine praktische Geltendmachung“ und das Gesetz betr. „Die Gebühren der Medizinalbeamten“.

Dr. Borntraeger, Geh. Med.-Rat zu Düsseldorf: **Preussische Gebührenordnung für Aerzte und Zahnärzte vom 1. September 1920.** Leipzig; 1921. Verlag von Curt Kabitzsch. Fünfte verbesserte Auflage. Kl. 12°. 99 S. Preis: 9 Mark.

Der Erlaß einer neuen ärztlichen Gebührenordnung für Preußen hat die Neuauflage der in ärztlichen Kreisen sehr beliebten Bornträgerschen notwendig gemacht. Der Kommentar zeichnet sich durch eingehende Erläuterungen aus, die alle für den praktischen Gebrauch wichtigen Punkte und strittigen Fragen berühren. Er bringt außerdem nicht nur die neue Gebührenordnung, sondern auch als Einleitung einen kurz gefaßten Abschnitt über die Stellung eines Arztes und über Medizinaltaxen im allgemeinen, sowie weiterhin einen recht wertvollen Abschnitt über die Gebühren für Amts- und Gerichtsärzte mit dem Gesetze betr. die Gebühren der Medizinalbeamten. Rpd.

Tagesnachrichten.

Erhöhung der Teuerungszuschläge zu den Beamtengehältern in Preußen. Die preußische Staatsregierung ist dem Beispiel der Reichsregierung sehr schnell gefolgt und hat durch Verordnung des Staatsministeriums vom 8. September den Teuerungszuschlag und die Kinderbeihilfen in gleicher Weise wie bei den Reichsbeamten (s. Nr. 17, S. 870) erhöht. Dementsprechend erhöhen sich auch der Versorgungszuschlag und die Kinderbeihilfen der Wartegeldempfänger, Ruhegehaltsempfänger und Beamtenwitwen bezw. die Waisengelder. Die Erhöhung soll ebenfalls rückwirkend vom 1. August d. Js. ab erfolgen.

Die preußischen Medizinalbeamten werden auf die in der Beilage zur heutigen Nummer abgedruckten allgemeinen Verfügung des Finanzministers vom 8. Juli d. J. betr. **Ausführungsvorschriften zum Beamtendiensteinkommensgesetz** hingewiesen, insbesondere auf die darin enthaltenen Bestimmungen über die Anrechnung der Ausbildungszeit auf einer wissenschaftlichen Hochschule und der Prüfungszeit auf das Besoldungsdienstalter (s. Ziffer 64 und 159) sowie der Zeit einer praktischen Beschäftigung vor der Anstellung. Für die Kreisassistenzärzte und Kreisärzte würde sich demnach das Besoldungsdienstalter um mindestens sechs Jahre erhöhen (3 Jahre Hochschulzeit einschließlich Prüfungszeit und 3 Jahre praktische Tätigkeit vor der Kreisarztprüfung). Dazu würde noch die Vorbereitungs- und Prüfungszeit für die kreisärztliche Prüfung hinzukommen. Ob und welche Zeit als Prüfungszeit usw. anzurechnen ist, soll von dem betreffenden Fachminister im Einvernehmen mit dem Finanzminister bestimmt werden; es erscheint deshalb dringend notwendig, daß der Vorstand des Preußischen Medizinalbeamtenvereins an den zuständigen Minister für Volkswohlfahrt sofort die Bitte richtet, ihn noch vor Erlaß [illegible] Bestimmungen zu hören und Gelegenheit zum Vortrag der von den [illegible] beamten in dieser Hinsicht gehegten Wünsche zu geben. Der [illegible] zinalbeamte wird dagegen vorläufig dieserhalb nichts [illegible] sondern erst ruhig abwarten müssen, bis die nach [illegible] schriften vorzunehmende Festsetzung seines Besol[illegible]

[illegible] nicht richtig sein, dann bleibt ihm selbstverständlich der Beschwerdeweg offen.

Die Frage der **Rechtsansprüche der zwangspensionierten Beamten auf Fortzahlung des vollen Gehaltes** ist zweifellos eine strittige. Der Herr Regierungspräsident in Magdeburg hat sich allerdings auf einen anderen Standpunkt gestellt und den Rechtsweg in einem Bescheid vom 21. August d. J. einfach als unzulässig erklärt. Es heißt hier:

„Ihren Protest vom 25. ds. Mts. habe ich an den Herrn Minister für Volkswohlfahrt weitergegeben.

Im übrigen mache ich ergebenst darauf aufmerksam, daß es Ihnen überlassen bleibt, wegen der vermeintlichen Ansprüche den Rechtsweg zu beschreiten, daß aber eine Klage auf Fortzahlung des Gehalts nach den §§ 21—23 des Zivil-Ruhegehaltsgesetzes und dem § 5 des Gesetzes betr. die Erweiterung des Rechtsweges vom 24. Mai 1901 der Abweisung wegen Unzulässigkeit des Rechtsweges unterliegen dürfte.“

Es stehen sich jetzt also zwei Ansichten gegenüber, die der Zivilkammer des Landgerichts in Berlin, die den Rechtsweg in dieser Frage als zulässig erklärt hat, und der einer höheren Verwaltungsbehörde, die der gegenteiligen Ansicht ist. Da es sich in dem vorliegenden Falle um eine juristische und nicht um eine verwaltungsrechtliche Frage handelt, so soll sich niemand durch die Ansicht des Herrn Regierungspräsidenten in Magdeburg abhalten lassen, seinen Anspruch im Rechtswege geltend zu machen, nachdem er im Beschwerdewege abgewiesen ist.

Bei der Beratung des **Haushalts der Abteilung für Volksgesundheit** des preußischen Ministeriums für Volkswohlfahrt hat der Hauptausschuß des Landtages die sozialistischen Anträge auf Beseitigung der ärztlichen Ehrengerichte und auf Sozialisierung der ärztlichen Heiltätigkeit abgelehnt. Dagegen wurde ein Antrag der Deutschen Volkspartei angenommen, wonach die Landesanstalt für Wasserhygiene auch für die Reinhaltung der Luft sorgen soll. Außerdem wurde der Betrag zu Beihilfen behufs Bekämpfung der Tuberkulose auf 5 Millionen Mark erhöht und die Einführung einer Anzeigepflicht für Tuberkulose verlangt.

In Preußen sind jetzt vom Minister für [illegible] vom 19. Juni d. J. neue **Vorschriften** über die [illegible] **Krankenpflegepersonen** erlassen, deren Abdruck [illegible] Zeitschrift wegen Raummangels erst in einer der [illegible]

In der Zeit vom 19.—22. Oktober [illegible] **Landgerichtsärzte** ein **Fortbildungskursus** [illegible] **gerichtliche Psychiatrie** durch Landgericht[illegible] Dr. Rüdin statt. Der Lehrgang beginnt [illegible] gerichtlich-medizinischen Institut, Schillerstr. [illegible] und der Reise wird ein außerordentlicher [illegible] kosten und Tagegelder. An dem Lehrgang [illegible] und Aerzte, die die Prüfung zum ärzt[illegible] teilnehmen. Beihilfen aus Staatsmitteln [illegible] gewährt werden. Gesuche um Zulassung [illegible] Regierungen, Kammern des Innern, [illegible]

In der Zeit [illegible] verband für [illegible] kämpfung [illegible] des Inn[illegible]

Fortbildungswesen in Bayern (München, Lessingstraße 4/6) zu richten. Die Einschreibgebühr beträgt M. 30.—. Zu dem Kursus können 24 Bezirksärzte zugelassen werden und zwar aus jedem Kreise 3, denen während der Dauer des Lehrgangs ein außerordentlicher Urlaub, Ersatz der Reisekosten und Tagegelder gewährt werden. Die Gesuche um Zulassung sind ebenfalls bei den Regierungen, Kammern des Innern, bis zum 25. September einzureichen.

Lehrauftrag: Der frühere Kreisarzt und jetzige Stadtmedizinalrat Dr. Jankowski in Königsberg i. Pr., Leiter des städtischen Gesundheitsamtes, hat einen Lehrauftrag für Soziale Hygiene an der dortigen Universität erhalten.

Arbeitsgemeinschaft sozialhygienischer Reichsfachverbände. Die Deutsche Vereinigung für Säuglingsschutz, das Deutsche Zentralkomitee zur Bekämpfung der Tuberkulose, die Deutsche Gesellschaft zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten, die Deutsche Vereinigung für Krüppelfürsorge und der Deutsche Verein gegen den Alkoholismus haben sich zu einer Arbeitsgemeinschaft zusammengeschlossen (Geschäftsstelle: Charlottenburg, Frankstraße). Der Zweck ist, ein engeres Zusammenarbeiten der vereinigten Verbände herbeizuführen, sich gegenseitig zu fördern, zu ergänzen und zu unterstützen und zu Gesetzgebungs- und Verwaltungsmaßnahmen gemeinsam Stellung zu nehmen.

Sprechsaal.

Anfrage des Kreisarztes Dr. H. in M.: Das Auftreten von Pocken im Kreise veranlaßte mich, den Landrat zu ersuchen, das Publikum zur freiwilligen Impfung gelegentlich der Impftermine durch den Impfarzt oder durch den Kreisarzt, der nicht Impfarzt ist, aufzufordern. Wer trägt die Kosten hierfür, der Kreis oder der Staat? Ist der vollbesoldete Kreisarzt in diesem Falle zur kostenlosen Impfung verpflichtet?

Antwort: In Preußen haben die Kosten dafür die Gemeinden zu tragen; nur die erforderliche Lymphe wird von staatlichen Impfanstalten unentgeltlich geliefert. Der vollbesoldete Kreisarzt ist in diesem Falle nicht zur kostenlosen Impfung verpflichtet.

Anfrage des Kreisarztes a. D. Dr. M. in H.: Hat der zwangspensionierte Kreisarzt einige Aussicht, Ersatz für den Ausfall an vertrauensärztlichen Gebühren auf dem Wege der Klage zu erstreiten?

Antwort: Nein! Die vertrauensärztlichen Gebühren gehören nicht zum Diensteinkommen und brauchen deshalb auch nicht von den vollbesoldeten Kreisärzten an die Staatskasse abgeführt zu werden. Eine Klage auf Schadenersatz für ihren Ausfall bei Zwangspensionierung dürfte demzufolge keine Aussicht auf Erfolg haben.

Anfrage des Kreisarztes Dr. H. in L.: Kann ein Kurpfuscher dafür, daß er ein Morphiumrezept (mit Ueberschreitung der Maximaldosis) verschreibt, gerichtlich belangt werden, eventuell auf Grund welcher gesetzlicher usw. Bestimmungen?

Antwort: Ein gerichtliches Verfahren gegen einen Kurpfuscher ist in einem solchen Falle nur dann möglich, wenn durch die Verordnung eine Gesundheitsschädigung eingetreten ist. Andernfalls gibt es keine gesetzliche Bestimmung zu einem solchen Vorgehen, da die Ausübung der Heilkunde bekanntlich freigegeben und nur den Apothekern die Anfertigung derartiger Rezepte untersagt ist.

Verantwortlich für die Schriftleitung: Prof. Dr. Rapmund, Geh. Med.-Rat in Lippspringe.
Druck von J. C. C. Bruns, Minden i. W.

34. Jahrg. Nr. 19 ZEITSCHRIFT 5. Okt. 1921.

FÜR

MEDIZINALBEAMTE

Zentralblatt

für das gesamte Gebiet der gerichtlichen Medizin und Psychiatrie, des staatlichen und privaten Versicherungswesens, sowie für das Medizinal- und öffentliche Gesundheitswesen, einschl. der praktischen und sozialen Hygiene.

Herausgegeben von

Prof. Dr. Otto Rapmund

Geh. Med.-Rat in Bad Lippspringe.

Offizielles Organ des Deutschen, Preussischen, Bayerischen, Sächsischen, Württembergischen, Badischen, Hessischen, Mecklenburgischen, Thüringischen und Braunschweigischen Medizinalbeamtenvereins.

Eine Beilage: Rechtsprechung und Medizinalgesetzgebung

Bezugspreis für das Jahr: 30 M, durch die Post bezogen: 32 M.

VERLAG VON FISCHER'S MEDIZ. BUCHHANDLUNG H. KORNFELD, Berlin W. 62, Keithstraße 5.

INHALT.

Geschäftsstelle und Versand für die Mitglieder des Medizinalbeamtenvereins durch J. C. C. BRUNS, Buchdruckerei, MINDEN i. WESTF.

Alleinige Anzeigen-Annahme und verantwortlich für den Anzeigenteil: HANS PUSCH, BERLIN SW. 48, Wilhelmstraße 28.

Personalien.

Deutsches Reich und Preussen.

Ernannt: Kreisarzt Dr. Lorenz, ständiger Hilfsarbeiter bei der Regierung in Breslau zum Regierungs- und Medizinalrat in Merseburg.

In den Ruhestand getreten: Geh. Med.-Rat Dr. Herrmann, Reg.- und Med.-Rat in Merseburg.

Baden.

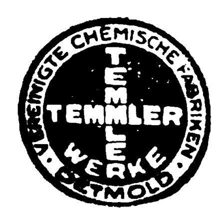
Ernannt: Reg.-Rat Prof. Dr. Holtzmann, Obergewerbearzt beim Gewerbeaufsichtsamt in Karlsruhe zum Oberregierungsrat.

Aus anderen deutschen Staaten.

Gestorben: Dr. Giesler, Med.-Rat, Amtsarzt in Eutin (Fürstentum Lübeck.)

Sonstige Familiennachrichten.

Verlobt: Frl. Mathilde Ascher, Tochter des Kreisarztes Dr. Ascher in Frankfurt a. M. mit Herrn Dr. Walter Eliassow, Assistent am Krankenhaus der jüdischen Gemeinde in Berlin.



VEREINIGTE CHEMISCHE FABRIKEN
TEMMLER
TEMMLER
WERKE
DETMOLD

34. Jahrg. | Zeitschrift für MEDIZINALBEAMTE | 1921.

Zentralblatt
für das gesamte Gebiet der gerichtlichen Medizin und Psychiatrie, des staatlichen u. privaten Versicherungswesens, sowie für das Medizinal- u. öffentliche Gesundheitswesen, einschl. der prakt. u. sozialen Hygiene

Herausgegeben
von
Prof. Dr. Otto Rapmund
Geh. Med.-Rat in Bad Lippspringe.

Offizielles Organ d. Deutschen, Preußischen, Bayerischen, Sächsischen, Württembergischen, Badischen, Hessischen, Mecklenburgischen, Thüringischen u. Braunschweigischen Medizinalbeamtenvereins

Verlag von Fischer's med. Buchhandlung H. Kornfeld
Herzogl. Bayer. Hof- u. K. u. K. Kammer-Buchhändler
Berlin W. 62, Keithstrasse 5

Nr. 19. | Erscheint am 5. und 20. jeden Monats | 5. Okt.

27 Jahre Tätigkeit als Medizinalbeamter.

Von Geh. Med.-Rat Dr. **Sarganek**, Kreisarzt in Köslin.

Wenn man demnächst von einer Bühne endgiltig abzutreten hat, so ist es natürlich, daß man die Jahre seiner Tätigkeit vor dem geistigen Auge Revue passieren läßt, daß man ein Fazit zieht, sich über die vergangene Zeit Rechenschaft ablegt. Hat man mit seiner Tätigkeit alle die Jahre hindurch dem Allgemeinwohl gedient, wie es ein geregeltes Staatswesen erwartet hat, oder hat man — notgedrungen oder nicht notgedrungen — im wesentlichen nur seinem eigenen materiellen „Jch" gelebt? Bei einer Beichte muß man wahr sein, wenn man diese Beichte vor sich selbst ablegt, ganz besonders aber, wenn man mit dieser Beichte in die Öffentlichkeit tritt. Deshalb gebe ich sehr gern zu, daß an Vielem die Persönlichkeit die Schuld getragen haben mag. Finden sich davon unabhängig aber hier und da äußere Verhältnisse, die der vollen Entwickelung des Medizinalbeamten der Menschheit gegenüber entgegenstehen, so wird gerade der Medizinalbeamte als geschulter Mediziner nicht zögern, dort den Schnitt zu führen, wo er notwendig ist, auch wenn der Schnitt hier und da Schmerzen

verursachen sollte. Das Wahre muß offen gesagt, nicht nur empfunden werden.

Ursprünglich Militärarzt veranlaßten mich äußere Umstände Landarzt zu werden. Wissenschaftlich war die erstere Stellung befriedigender, materiell befriedigender war die zweite Stellung. Als ich vor 27 Jahren in die Laufbahn eines Medizinalbeamten eintrat, nachdem ich eine längere Praxis als Landarzt hinter mir hatte, geschah dieses mit einem Seufzer der Erleichterung. All' die Zeit des mehr oder minder fruchtlosen Rezepteschreibens sollte vorüber sein! Wenn Faust seinem Famulus Wagner entgegen hält:

> „Hier war die Arzenei, die Patienten starben,
> Und Niemand fragte, wer genas?
> So haben wir mit höllischen Latwergen
> Weit schlimmer als die Pest getobt."

so war mir die Richtigkeit dieser Zeilen als denkenden Menschen nach wenigen Jahren der praktischen ärztlichen Tätigkeit auf dem Lande im allgemeinen klar geworden. Wenn man von gewissen praktischen Erfolgen auf dem Gebiete der Chirurgie und der Geburtshilfe absieht, ist man wohl zu dem Schlusse berechtigt, daß im allgemeinen nur die Suggestion dem Landarzte beisteht. Im übrigen lasse ich auch hier Faust sprechen:

> „Der Geist der Medizin ist leicht zu fassen.
> Ihr durchstudiert die gross' und kleine Welt,
> Um es am Ende gehen zu lassen,
> Wie's Gott gefällt."

Hat mir nun die Tätigkeit als Medizinalbeamter das ersehnte Genügen gebracht? Auch hier schiffte ich einst mit tausend Masten hinaus in den Ozean, um still auf gerettetem Boot in den Hafen einzulaufen. Weniges habe ich erreicht. An mir lag vielleicht die Schuld, vielleicht aber auch an den weiter unten geschilderten Verhältnissen.

Der § 23 der Dienstanweisung für die Kreisärzte handelt von dem Verhältnis zu den nicht beamteten Aerzten. Der Paragraph besagt folgendes:

> „Der Kreisarzt soll es sich angelegen sein lassen mit den nicht beamteten Aerzten seines Bezirkes möglichst nahe wissenschaftliche und persönliche Beziehungen zu unterhalten. Das ärztliche Vereinswesen soll der Kreisarzt nach Möglichkeit fördern und — soweit dieses mit seiner amtlichen Stellung vereinbar ist — sich auch persönlich daran beteiligen."

Diese Forderungen klingen so natürlich, so selbstverständlich und sind doch so schwer zu erfüllen, wenn die amtsärztliche Autorität gewahrt bleiben soll. Im allgemeinen ist leider, soweit mein Erleben geht — Offenheit muß sein — der Medizinalbeamte für die nicht beamteten Aerzte das, was das rote Tuch für den Stier ist. Forderungen, die vom Standpunkte des Beamten begründet und natürlich sind, werden zu durchaus unkollegialen Zumutungen. Auf eine Unterstützung seiner Bestrebungen durch die Aerzte dürfte der Medizinalbeamte kaum zu rechnen haben. Wie kommt dieses? Im allgemeinen sind doch die Forderungen des Gesundheitsbeamten meist hygienischer Natur und müßte er gerade deshalb im Kreise der Aerzte Ver-

ständnis und die notwendige Hilfe finden. Den Versuch einer Lösung dieser immerhin recht interessanten Frage möchte ich machen. Medizinalbeamte und manche praktische Aerzte vertreten in dieser oder jener Beziehung verschiedene Interessen. Von diesem Standpunkt aus sehen sie die Welt natürlich auch mit verschiedenen Augen an. Sie verstehen sich nicht. Der eine nimmt allgemeine, der andere private Interessen wahr. Wie in vielen anderen höheren Ständen, so gibt es auch unter Aerzten philosophische und unphilosophische Köpfe. Die Philosophie ist ja überhaupt keineswegs ein Vorrecht der sog. gebildeten Kreise. Es sei hier nur an die Gedanken eines Hans Sachs, des Schusters Böhme und des Raabe'schen Anton Unwirsch erinnert, denen man philosophische Schärfe nicht wird abstreiten können. Manche Aerzte gingen von dem Beginn ihrer Studien an den Weg des Broterwerbes. Chirurgie, innere Medizin etc., die diesem Zwecke dienten, waren überaus beliebt, naturwissenschaftliche, biologische, philosophische Studien nur soweit, als sie Mittel zum Zweck waren. Ihrer selbst Willen waren diese ganz besonders interessanten und gerade in ihren Folgerungen hochwichtigen Studien weniger beliebt. Weiterhin ging dann hier und da das Streben nach dem Höheren unter in dem ewigen Gleichmaß der Tage. Wer wollte es dem Arzte nach des Tages Last und Hitze verdenken, wenn er die wenigen Minuten der Muße, die ihm übrig bleiben, seiner Famile oder einer leichten Lektüre und nicht schwierigen Problemen widmet? Gerade durch dieses Aufgehen in der Alltäglichkeit mögen im allgemeinen auch die Begriffe über das Wesen der Kollegialität beeinflußt werden. Meines Erachtens gehört es nicht zur wahren Kollegialität, alles mit einem Mantel zu bedecken, was vor dem Richterspruch der Allgemeinheit nicht standhalten würde. Solange ein Medizinalbeamter nichts will, solange ist er, wenn er im übrigen ein leidlicher Mensch ist, der sehr beliebte Kollege. Läßt sich der Beamte aber einfallen, die Pflichten seines Amtes überall zur Durchführung bringen zu wollen, hört er auf der Kollege zu sein und wird zum Medizinalbeamten. Eine Verallgemeinerung liegt mir natürlich fern. Für eine Reihe von Fällen dürfte aber meine Darstellung berechtigt sein. Im übrigen schildere ich hier auch nur meine 27 jährigen Erfahrungen.

Bei der Durchführung der durchaus notwendigen Reorganisation der Desinfektion [1]) fand ich nicht — wie dieses wohl anzunehmen gewesen wäre, die Unterstützung naheliegender Kreise, sondern deren direkten Widerstand. Bei der ärztlichen Versorgung der Krankenhäuser waren nicht allgemeine Nützlichkeitsfragen, vielmehr lediglich persönliche Interessen maßgebend. [2])

Als Verfasser in einer kommunalen Versammlung rein sachlich klarzulegen versuchte, weshalb in dem preußischen

[1]) Zentral-Zeitung für Desinfektion; 1921, Heft 2.

[2]) Ueber die ärztliche Versorgung der Krankenhäuser. Rotes Kreuz; 1921, Heft 7 und 8.

Seuchengesetze die Durchführung der gesetzlichen Maßnahmen der vollkommen unabhängigen Polizeiverwaltung, nicht den behandelnden Aerzten zugewiesen wurde, wurde diese Erklärung als eine direkte Beleidigung des Aerztestandes aufgefaßt. Den Ausschluß des Medizinalbeamten aus dem lokalen Aerzteverein konnte der Schreiber nur dadurch entgehen, daß er in der nächsten kommunalen Sitzung — was er mit sehr gutem Gewissen tun konnte — erklärte, daß ihm bei jener Erklärung jede Beleidigung des Aerztestandes, dem er ja selbst angehörte, ferngelegen hätte.

Eine rein sachliche Anfrage an die Polizei über die rechtzeitige Anmeldung einer ansteckenden Krankheit wurde in einem öffentlichen Schreiben als „Denunziation" bezeichnet. Daß ein derartiges auf mangelnde Objektivität zurückzuführendes, daher vielleicht nicht ganz einwandfreies Verhalten nicht gerade dazu angetan ist, dem Medizinalbeamten die Durchführung seiner Pflichten zu erleichtern und seine Dienstfreudigkeit zu heben, liegt auf der Hand. In früheren Zeiten war es — warum, mag hier ununtersucht bleiben — kaum möglich, sich als Medizinalbeamter durchzusetzen. Damals herrschte infolgedessen gegen mich als Medizinalbeamten auch nicht die geringste Animosität, vielmehr bestand ein ungetrübtes Verhältnis. Dieses Verhältnis ging sofort in die Brüche, als der Beamte in Anbetracht der Zeitverhältnisse seine Forderungen durchführen wollte. Alle Kreise, von denen der Medizinalbeamte pflichtmäßig etwas verlangen mußte, erhoben sich gegen ihn. Wie läßt sich nun im Interesse der Aerzteschaft und der Medizinalbeamten eine zweckmäßige, unbedingt nötige Zusammenarbeit sicherstellen?

In dem § 23 der Dienstanweisung müßte das Wort „persönliche" durch „amtliche" ersetzt werden. Auf persönliche Beziehungen würde ich weniger Wert legen, als auf korrekte amtliche Beziehungen. Der Medizinalbeamte soll den Aerzten seines Bezirkes in jeder Beziehung sachlich durchaus entgegenkommen, im übrigen aber nur konventionelle Beziehungen unterhalten. Nur dann wird sein amtliches, gegebenen Falles auch gegen ärztliche Versehen gerichtetes Verhalten entsprechend gewürdigt werden. In amtlichen Dingen muß jede persönliche Rücksichtnahme wegfallen; unter keinen Umständen darf persönliche Rücksichtnahme in Amtssachen den Ausschlag geben. Dem abseitsstehenden Medizinalbeamten wird ein derartiges Verhalten viel leichter nachgesehen, als dem befreundeten Kollegen. Zu Konflikten, die in beiderseitigem Interesse möglichst vermieden werden müssen, kann es dann kaum noch kommen. Selbstverständlich wird der Medizinalbeamte seinen Begriffen von Kollegialität im weitesten Sinne getreu bleiben und gern überall da helfend einspringen, wo es sich um momentane Entgleisungen handelt. Bei einem Hinwegsetzen über Recht und Gesetz darf auf eine Mitwirkung des beamteten Arztes unter keinen Umständen gerechnet werden.

Der § 99 der Dienstanweisung lautet: „Gemeinnützige Bestrebungen auf allen Gebieten der Krankenfürsorge soll der Kreisarzt zu fördern suchen." Diesem § entsprechend hat der Medizalbeamte auch dem Krankenkassenwesen seine Aufmerksamkeit zu schenken. Es war dieses jetzt um so mehr notwendig, da das Krankenkassenwesen sich ganz enorm ausgedehnt hat und es deshalb geboten erschien, daß gewisse Auswüchse der Krankenkassen offen erwähnt und besprochen wurden. Diese Erwägungen haben mich dazu geführt meine Gedanken über diesen Gegenstand zu veröffentlichen.[3]) Viele Millionen ließen sich den Kassen und damit der Allgemeinheit erhalten. Ob wir jetzt zu dieser Sparsamkeit moralisch verpflichtet sind oder nicht, bedarf kaum einer Erwägung. Unbedingt dazu gehört ein einheitliches Zusammengehen der Aerzte mit den Krankenkassen (Ersparnis der Arzneikosten). Weiterhin müssen die Vorstände der Krankenkassen zur Ersparung weiterer größerer Summen, die heute als Krankengeld den Unbefugten in die Tasche fließen, planmässig vorgehen. Als überaus wünschenswert muß es bezeichnet werden, daß tüchtige maßgebende Persönlichkeiten in den Vorständen der Krankenkassen auf einen möglichst langen Zeitraum gewählt und dadurch in den Stand gesetzt werden, ihre Ideen zur Durchführung zu bringen, zugleich aber von dem Wohlwollen der Kassenmitglieder nach Möglichkeit unabhängig werden.

Eine Aenderung im Krankenkassenwesen zu erreichen, ist eine Aufgabe, die des Schweißes der Edlen wohl wert wäre. Mir ist es nicht gelungen, einen bescheidenen Anteil am Erfolg zu erringen, vielleicht aus Gründen, wie sie Prof. Dr. E. Pfeiffer in seinen Ausführungen im Januar-Heft der Volks-Hygiene treffend anführt.

Bezüglich der Versorgung der Krankenhäuser mit ärztlicher Hilfe — § 100 der Dienstanweisung — habe ich nichts Positives erreicht, wohl aber viel Unerwünschtes erfahren. Allerdings standen hier im wesentlichen wohl praktische pekuniäre Gründe entgegen, während meinen theoretischen Auseinandersetzungen gefolgt werden mußte.[4])

Auf dem großen Gebiete der Wohlfahrtspflege sind kleinere Erfolge erzielt worden. In der Stadt Köslin wird noch in diesem Jahre ein Stadtkommunalarzt im Sinne des Herrn Wohlfahrtsministers angestellt werden. Wenn man im übrigen die stolzen Richtlinien des Wohlfahrtsministeriums, denen der Medizinalbeamte in vieler Beziehung durchaus beitreten muß, berücksichtigt, kann man im allgemeinen wohl durch die Art der Durchführung enttäuscht sein. „Parturiunt montes, nascetur ridiculus mus." Uebrigens ist dieses Gebiet noch viel zu neu, um darüber bereits jetzt ein abschließendes Urteil abzugeben.[5]) Aufklärung des Volkes durch Volks-Aufklärungs-Abende

[3]) Rotes Kreuz; 1921, Heft 5 und 6.
[4]) Rotes Kreuz; 1921, Heft 7 und 8.
[5]) Stadtwohlfahrtspflege. Rotes Kreuz; 1921, Heft 3/4.

können nicht vermißt werden, auch wenn in der Jetztzeit verschiedene Notstände — namentlich die Wohnungsfrage — nur sehr allmählich gehoben werden können.

Sehr mit Recht äußert sich der Dichterphilosoph Goethe in dem Westöstlichen Divan dahin:

„Volk und Knecht und Ueberwinder
Sie gesteh'n zu jeder Zeit:
Höchstes Glück der Erdenkinder
Sei nur die Persönlickeit."

Der Abschnitt 22 der Dienstanweisung handelt von der Verhütung und Bekämpfung übertragbarer Krankheiten. Mit großen Worten weist der § 82 darauf hin, daß der Kreisarzt sich mit den Fortschritten in der Verhütung und Bekämpfung der übertragbaren Krankheiten und mit den einschlägigen gesetzlichen und Verwaltungsvorschriften dauernd vertraut zu erhalten habe. Den obigen Worten ist unbedingt zuzustimmen. Hat aber der Medizinalbeamte wirklich auf die Verhütung und Bekämpfung übertragbarer Krankheiten einen so wesentlichen Einfluß, oder sind die Verhältnisse stärker als er? Unbedingt zuzugeben ist es, daß den modernen hygienischen Bestrebungen es wohl zu verdanken ist, daß die sog. exotischen Krankheiten während des Krieges und nach dem Kriege auf ein sehr bescheidenes Maß beschränkt worden sind. Auch mir ist es hier gelungen, mehrere Fälle von Flecktyphus derartig zu isolieren und unschädlich zu machen, daß eine Uebertragung beziehungsweise eine Ausbreitung der Krankkeit vermieden werden konnte.

Wie steht es aber mit den vielen hier endemischen in den sog. Preußischen Seuchengesetzen zusammengefaßten Krankheiten: Diphtherie, Scharlach, Typhus etc. etc.? Hat der Kreisarzt auch bei der minutiösesten Beobachtung aller Vorschriften einen wesentlichen Einfluß auf die Unterdrückung bezw. auf die Beschränkung dieser Krankheiten?

Die Ermittelung gipfelt in dem Aufsuchen der Krankheitsquelle und in der Anordnung der Desinfektion. Die Krankheitsquelle bleibt sehr oft dunkel. Trotz der Durchführung der Desinfektion gibt es so unendlich viele Verbreitungsquellen, daß hier menschliche Berechnung wohl oft zu Schanden wird. Fälle von Erkrankungen in Wohnungen, die kurz zuvor 2—3 mal desinfiziert sind, gehören zu den Alltäglichkeiten. Ist es unter diesen Umständen zu verwundern, daß in den Köpfen der Bevölkerung die Ueberzeugung von der Unwirksamkeit der Schlußdesinfektion Platz greift und sich das Volk weigert, Desinfektionskosten zu tragen. Wenn hierzu noch die Desinfektion zu durchaus ungeeigneten Zeitpunkten vor sich geht — es sollen hier und da oft noch nach vielen Wochen, — wo von einem Schutz Gesunder überhaupt nicht mehr die Rede sein kann — Desinfektionen vorkommen, so sinkt die Desinfektion zur Farce herab. Eine Verweigerung der Desinfektionsgebühr geschieht dann mit Recht. Die allein vernünftige fortlaufende

Desinfektion kann nur mit Hilfe der Aerzte, die im allgemeinen aber hierfür schwer zu interessieren sein dürften, gelöst werden.

Hier in Köslin habe ich, wie an anderer Stelle geschildert ist, die Desinfektion soweit reorganisiert, daß sie jetzt wenigstens den Gesetzen der Vernunft entspricht. [6]) Anders noch liegt die Sache auf dem Lande. Schon die Anzeigepflicht ist hier mit gewissen Schwierigkeiten verknüpft. Wenngleich in der Jetztzeit auch das platte Land in durchaus ausreichender Weise mit Aerzten versehen ist, werden doch hier häufig genug die sonst zur Anzeige verpflichteten Personen in Frage kommen. Um den Kreisarzt dann weiter in die Lage zu versetzen, möglichst bald seine Vorbeugungsmaßregeln zu treffen, ist sofortige Weitergabe der Anzeige durch den Amtsvorstand an den Kreisarzt unbedingtes Erfordernis. Hat nun der Kreisarzt wirklich auf die Unterdrückung einen wesentlichen Einfluß? Der Schwerpunkt bei der Bekämpfung ansteckender Krankheiten beruht bekanntlich auf die Vernichtung der in den Körper eingedrungenen und vermehrten Krankheitskeime, die der Kranke durch seine Ausatmungsluft, seine Absonderungen und auf manche andere Art auf seine Umgebung mittelbar oder unmittelbar überträgt und dadurch die Ansteckung vermittelt. Wenn es gelänge, diese Keime unschädlich zu machen und abzutöten, dann wäre mit einem Schlage die Bekämpfung der ansteckenden Krankheiten erledigt. Leider sind wir von der Erreichung dieses idealen Zieles aber noch weit entfernt. Dem Zwecke der Verhinderung der Verbreitung und der Vernichtung der Keime dienen folgende Maßregeln: 1) Eine strenge Absonderung der Kranken, 2) die fortlaufende Desinfektion am Krankenbett, 3) die Schlußdesinfektion (?) nach Ablauf der Krankheit durch Genesung oder Tod.

Ueber die Art der Absonderung enthalten die Seuchengesetze genaue Angaben. Wer aber die Verhältnisse auf dem Lande aus eigener Anschauung kennt, wird mir vollkommen beipflichten, wenn ich behaupte, daß in mindestens 90% aller Fälle eine Absonderung im Sinne der Seuchengesetze einfach undurchführbar ist. Auf Näheres einzugehen, dürfte sich erübrigen. Von der Absonderung ansteckender Kranke auf dem Lande ist also nichts zu erwarten. Ebenso wenig von einer fortlaufenden Desinfektion, die in den Ausführungsbestimmungen zum Gesetz zur Bekämpfung übertragbarer Krankheiten überaus schön im einzelnen festgelegt wird. Nach meinen Erfahrungen wird auf dem Lande trotz der Belehrungen des Kreisarztes, trotz der eventuellen Anordnungen des behandelnden Arztes, trotz ausgeteilter gedruckter Anweisungen auch nicht der hundertste Teil der Desinfektionsvorschriften durchgeführt. Zum großen Teil ist die Durchführung auch nicht möglich. Der Auswurf und der Schleim werden gewohnheits-

---

[6]) Gedanken eines Medizinalbeamten über Desinfektion. Zentralblatt für Desinfektion; 1921, Heft 2.

gemäß auf dem Fußboden oder an der Wand abgelagert. Eine gründliche Reinigung des Fußbodens ist nicht gut möglich, da er vielfach aus Erde, Lehm, im besten Falle aus Dielen besteht, die mit Rissen, Fugen und Löchern versehen sind. Eine Reinigung der Lehmwand ist ebensowenig möglich. Die Mahlzeiten müssen im Krankenraume genossen werden, denn er ist der einzige bewohnbare Raum. Die Ansichten der Leute über Reinlichkeit sind fragwürdig, die Verhältnisse in Bezug auf Wäsche sind armselig; ein häufiges Wechseln ist unmöglich. Wer überwacht die sorgfältige Ausführung der fortlaufenden Desinfektion wie es das Gesetz bestimmt? Der Kreisarzt sieht nur die ersten Fälle der Krankheit, der behandelnde Arzt sieht den Kranken ein bis zwei Mal, von einer Ueberwachung kann keine Rede sein. Die relativ wenigen Gemeindeschwestern reichen leider zu einer wirksamen Ueberwachung nicht aus. Die fortlaufende Desinfektion am Krankenbett ist bei bemittelten, intelligenten und gewissenhaften Leuten nicht ganz leicht durchführbar, auf dem Lande steht sie bei weitem in der Mehrzahl der Fälle einfach auf dem Papier.

Von unserm Rüstzeug im Kampf gegen die ansteckenden Krankheiten bleibt dann nur noch die Schlußdesinfektion übrig. Daß diese an und für sich in den Erfolgen höchst fragwürdige Maßregel auf dem Lande nur Geld kostet und nichts leistet, darüber brauche ich hier wohl kein Wort verlieren.

Der Kampf der Medizinalverwaltung ist gegen die Verbreitung ansteckender Krankheiten, abgesehen von kleinen Erfolgen, z. B. durch Schluß eines verdächtigen Brunnens etc. im allgemeinen in seinen Erfolgen sehr fragwürdig, sehr häufig ist er das zum Berichte höheren Ortes verwandte Papier nicht wert.

Die §§ 57—63 der Dienstanweisung für die Kreisärzte behandeln das Hebammenwesen und geben den Medizinalbeamten in dieser Beziehung wichtige Anweisungen. Das A und O dieser Anweisungen liegt meines Erachtens darin, bei der Auswahl der Hebammenschülerinnen auf das gewissenhafteste zu verfahren und rücksichtslos alle diejenigen Aspirantinnen abzuweisen, deren Intelligenz und allgemeines Verständnis nicht ausreichen, um den von Jahr zu Jahr mit größeren Anforderungen verbundenen Hebammenkursen mit Erfolg zu folgen. Das neue Hebammengesetz beabsichtigt die Hebammen materiell besser zu stellen. Bei der großen Verantwortlichkeit des Berufes muß auch im Interesse der Bevölkerung eine Besserstellung der materiellen Lage gefordert werden. Hand in Hand damit geht aber eine erhöhte Anforderung der Medizinalbeamten an die auszubildenden Hebammen in Bezug auf Vorbildung und Intelligenz. In Ansehung des Standes und in Rücksicht auf die Pflegebefohlenen müssen ungeeignete und unzureichende Kräfte aus dem Hebammenstande möglichst bald entfernt werden. Die gelegentlichen Besuche, die Nachprüfungen werden dem Medizinalbeamten über die Gewissenhaftigkeit und berufliche

Tüchtigkeit der einzelnen Hebammen namentlich bei längerem Verweilen des Beamten im Bezirk im allgemeinen ein zutreffendes Urteil ermöglichen. In puncto Gewissenhaftigkeit möchte ich raten, auch den besten Hebammen nicht zu trauen. Gelegentlich eines häuslichen Besuches einer sonst guten Hebamme wurde mir mitgeteilt, daß der Schlüssel zum Hebammenspind bei der letzten Entbindung vor einigen Stunden vergessen worden sei. Nach einigem Zureden wurde die von vornherein offenbare Lüge als solche eingestanden. Die Revision des Spindes, mit dem hier im Bezirk alle Hebammen ausgestattet sind, ergab natürlich die größte Unordnung. Genauer lernt man die Hebammen kennen gelegentlich der Sitzungen des Hebammenvereins, an denen der Medizinalbeamte am besten stets teilnimmt. In diesen Sitzungen werden wichtige Kapitel der Geburtshilfe, der Wohlfahrtspflege, die Wichtigkeit der prompten Berichterstattung, Verfügungen der Behörden etc. mit den Hebammen immer wieder besprochen. Der Medizinalbeamte tritt in jeder Beziehung in diesen Sitzungen den Hebammen menschlich näher. Kurz erwähnen möchte ich hier nur, daß ich die Hebammen — namentlich auf dem Lande — in der Mütter- und Säuglingsfürsorge nicht entbehren möchte, daß ich vielmehr in ihrer Person einen sehr wichtigen Helfer sehe.

Der Kreisausschuß ist, um einen ordnungsmäßigen Geburtshergang zu gewährleisten, unbedingt verpflichtet, den Hebammen seinerseits die im § 194 des Hebammenlehrbuches vorgeschriebenen Sachen zu liefern. Er selbst kann sich meiner Ansicht nach wieder — soweit dieses möglich — an die Familien der Entbundenen halten und ein entsprechendes Desinfektionsgeld — hier 6 M. — einziehen und durch Vermittlung der Hebammen der Kreiskommunalkasse zufließen lassen. [7])

In gerichtsärztlicher Beziehung haben etwa 120 Sektionen der Staatsanwaltschaft das Material an die Hand gegeben, Schuldige zu verfolgen oder Verfahren einzustellen. Bei ausgesprochenen geistigen Erkrankungen trat die Entmündigung in ihr Recht. In beiden Fällen fand der Medizinalbeamte sein Genügen. — Bei der gutachtlichen Aeusserung über sog. verminderte Zurechnungsfähigkeit hat sich der Unterzeichnete stets beflissen, in die Psyche des Täters einzudringen, um unter der Berücksichtigung der Individualität sein Gutachten abzugeben. Die Erwägungen dabei führten zur Beurteilung des jetzigen Strafvollzuges überhaupt, der unter dem Mantel der Gerechtigkeit: „Gleiches Recht für alle“ zweifellos die größte Ungerechtigkeit birgt. Der Mann, der im moralischen Schmutz aufgewachsen ist, kann meines Erachtens unmöglich in gesetzlicher Beziehung gleichgeachtet werden dem Mann, der in einwandfreier Häuslichkeit nach Absolvierung von Schulen

---

[7]) Siehe Zeitschrift für Medizinalbeamte; 1921, Heft 10. Inzwischen aufgehoben.

seinen Horizont erweitert hat. Die Kriterien des Gehirns, die den einen von einer gesetzlich nicht erlaubten Handlung abhalten, sind bei dem anderen nicht oder nur in wenig ausgeprägtem Maße vorhanden. Unter Berücksichtigung dieser Momente mag ich vielleicht manchesmal mein Gutachten auf Minderwertigkeit abgegeben haben, wo andere Gutachten Vollwertigkeit angenommen hätten. Wohl bei allen Kapitalverbrechen, bei denen in Anbetracht ihrer Schwere, Todesstrafe oder langfristige Kerkerhaft stand, habe ich mich in zweifelhaften Fällen entsprechend der ungeheuren Verantwortung mit einer ambulatorischen Beobachtung nicht begnügt, sondern eine sechswöchentliche Beobachtung in einer Heilanstalt beantragt.

In meiner nebenamtlichen Stellung als Gefängnisarzt habe ich stets auf dem Standpunkt gestanden, daß gerade die Gefangenen ganz ebenso, wie z. B. viele Fürsorgepflichtige (Tuberkulöse im Krankenhaus) Jemanden im Gefängnis haben müssen, der ihnen in körperlichen und geistigen Nöten nahe steht. Von diesen Erwägungen ausgehend, habe ich alle vorgebrachten Beschwerden — auch wenn diese von vornherein den Stempel der Unwahrscheinlichkeit trugen — genau geprüft. Unbillige Forderungen der Leute wurden dabei mit aller wünschenswerten Entschiedenheit gebührend zurückgewiesen. Die Konsequenzen dieser Handlungsweise waren in jeder Beziehung die erwünschten. Die Gefangenen sahen ein, daß der Gefängnisarzt zwischen Gefangenen und Gefängnisverwaltung gewissermaßen eine neutrale Person bildete, und daß sie bei gerechten und begründeten Ansprüchen auf Unterstützung zu rechnen hatten.

Der Ueberwachung des Arzneimittelverkehrs außerhalb der Apotheken sind die §§ 54-56 der Dienstanweisung gewidmet. Von den unvermuteten Besichtigungen der Drogenhandlungen habe ich nie sehr viel gehalten. Ich hatte stets den Eindruck, als ob damit eine gewisse Form erfüllt werden mußte. Ueber die vorhandene Ordnung und Sauberkeit in einer Drogenhandlung ergibt die Besichtigung Aufschluss, der Kern — der Handel mit verbotenen Arzneimittel — bleibt dabei unberührt. Von einer bevorstehenden Besichtigung hatten die Inhaber auf diese oder jene Weise stets Wind. Die gesetzlich verbotenen Medikamente etc. werden auch selbstverständlich nicht in den den Revisoren zugänglichen Behältern verwahrt. Gewiegte Kriminalbeamte hätten wahrscheinlich bei jeder Revision hier oder da verbotene Waren aufgestöbert, die dem harmlosen Kreisarztrevisor entgehen mußten.

Bei der Verfolgung verbotener Anzeigen wird der Medizinalbeamte zu berücksichtigen haben, daß das Publikum nicht irre geführt oder zu Ungesetzlichkeiten verschleiert oder nicht verschleiert aufgefordert, anderseits aber das Geschäft der Blätter auch möglichst wenig gestört wird. Eine milde Praxis wird sich im allgemeinen empfehlen. Der Zug zum Aberglauben, zum Quacksalber ist bei Hoch und Niedrig sehr aus-

gebreitet. Dem Medizinmann im Ausland wird bekanntlich gern der braune Lappen geopfert, während der blaue Lappen, den der Schulmediziner nach längerer Tätigkeit als kargen Entgelt fordert, stets als ganz besonders hoch berechnet befunden wird.

Einige Worte zu den Gesundheitskommissionen!

Diese Einrichtung entspricht vielfach nicht den Absichten der Gesetzgeber im Sinne des Gesetzes vom 16. September 1899, ist vielmehr zu einer ganz einseitig beratenden, gleichgültigen Behörde herabgesunken. Die Gesundheitskommission gehört dann zu den sogenannten Talmi- oder Atrappeneinrichtungen einer Kommune. — Wenn die Gesundheitskommission ihren Zweck im Sinne des Gesetzes erfüllen, wenn sie ein wertvoller Faktor auf dem Gebiete der Hygiene werden soll, so müssen meiner Ansicht nachfolgende Vorbedingungen erfüllt sein:

1. In der Gesundheitskommission muß ein Arbeitsausschuß vorhanden sein. Dieser Ausschuß hat die Aufgabe, sich von der Abstellung bezw. Nichtabstellung von Mißständen, deren Beseitigung von der Gesundheitskommission angeraten war, zu überzeugen und in der nächsten Kommissionssitzung darüber eingehend zur Festlegung im Protokoll zu berichten. Der Bericht hat sich vor allem auch daraufhin zu erstrecken, welche Gegengründe von der Kommune geltend gemacht werden oder welche Hintergründe sonst entgegenstehen.

2. In der Kommission müssen Mitglieder vorhanden sein, die sich für hygienische Angelegenheiten interessieren oder infolge ihres Amtes interessieren müssen. Unter allen Umständen gehören also in die Gesundheitskommission hinein Vertreter des Wohlfahrtsamtes, sämtliche städtischen Aerzte (Armenärzte, Kommunalärzte, Fürsorgeärzte, Schulärzte), Vertreter der Krankenkassen und alle sonst interessierten Kreise. Sollten Persönlichkeiten, die der Abstellung hygienischer Mängel Verständnis und Interesse entgegenbringen müssen, sich durch Teilnahmslosigkeit auszeichnen und andauernd bei den Sitzungen durch ihre Abwesenheit glänzen, so wäre dieses mit der Bekleidung städtischer Aemter nicht recht zu vereinigen.

3. Es empfiehlt sich nicht, daß der Vorsitzende der Gesundheitskommission zugleich eine maßgebende Persönlichkeit des Magistrats ist. Aus naheliegenden Gründen ist es besser, die Wahl eines Vorsitzenden, der natürlich vollkommen unabhängig sein muß, den Mitgliedern der Gesundheitskommission zu überlassen.

Es wäre mir ein Leichtes, den Faden noch weiter zu spinnen. Manches ist erwähnt, Vieles ist nicht erwähnt; eine weitere Besprechung würde den Rahmen dieser Arbeit überschreiten.

Nach der Revolution sah ich mich veranlaßt, auch meine Tätigkeit hier und da zu revidieren. So kam ich zu der Ueberzeugung, daß der Medizinalbeamte unbedingt für jeden ohne jede Rücksicht gesundheitlich zu sorgen hat. Eigentlich ist ein solches Verhalten natürlich, aber Vorurteile hat schließlich jeder zu überwinden. Daß ich mit meinem Verhalten auf

dem richtigen Wege bin, habe ich zur Genüge erfahren. Dankbarkeit und Anerkennung habe ich oft da gefunden, wo ich von vornherein auf eine solche verzichten zu müssen glaubte. An anderer Stelle, wo ich auf Billigung und Unterstützung rechnete, habe ich Beifall nicht gefunden. Mehr und mehr hat sich so in mir die Ueberzeugung gefestigt, daß auch unter den jetzigen traurigen Verhältnissen eine gewisse Zufriedenheit zu erreichen ist, wenn man sich ohne Ansehen der Person lediglich auf den Boden der Pflicht stellt. Nur so kann der Medizinalbeamte zum treuen Berater aller Kreiseingesessenen in jeder gesundheitlichen Lage werden.

An mancher Freude hat es mir nicht gefehlt. Das Ideal ist ebenso wenig zu erreichen, wie das Wahre zu erkennen ist; es muß aber versucht werden.

Entwurf für die Satzungen des Preussischen Medizinalbeamtenvereins.

Der Satzungsentwurf, der von dem Herausgeber dieser Zeitschrift unter Benutzung eines Entwurfs des Schriftführers des Vereins, Herr Med.-Rat Dr. Bundt, ausgearbeitet ist und dessen endgültige Fassung nach einem Beschluß der diesjährigen Hauptversammlung von dem demnächstigen Vertretertage beschlossen werden soll (s. Nr. 18 dieser Zeitschrift, S. 393), hat folgenden Wortlaut:

I. Namen, Sitz und Zweck des Vereins.[1])

§ 1. Der Verein führt den Namen

„Preußischer Medizinalbeamtenverein"

und hat seinen *Sitz* im Bezirke des Amtsgerichts Berlin Mitte, *in dessen Vereinsregister er eingetragen ist.*

Er hat den Zweck:

1. die Wissenschaft auf dem ganzen Gebiete der Staatsarzneikunde — Hygiene und öffentliches Gesundheitswesen *einschliesslich der sozialen Hygiene*, gerichtliche Medizin und Psychiatrie sowie *Versicherungsmedizin* — zu pflegen;
2. durch Vorträge und Austausch persönlicher Erfahrungen eine Verständigung über wichtige Fragen und die einschlägige Gesetzgebung auf *den vorher in Ziffer 1 genannten Gebieten* herbeizuführen;
3. seinen Mitgliedern Gelegenheit zu gegenseitiger Annäherung zu geben und *ihre beruflichen und wirtschaftlichen Interessen nicht nur zu wahren sondern auch in jeder Weise zu fördern.*

Der Verein ist dem „Deutschen Medizinalbeamtenverein" in der Gesamtheit beigetreten; seine Mitglieder sind demgemäß auch Mitglieder dieses Vereins.

II. Mitgliedschaft; Ehrenmitglieder.

§ 2. In den Verein *können aufgenommen werden:*

a) alle im preußischen Staatsdienst, im Staatsdienst des Deutschen Reiches stehenden sowie die mit voller Beamteneigenschaft im Gemeindedienst fest angestellten Medizinalbeamten, *vorausgesetzt, dass die letzteren staatsärztlich approbiert sind;*

[1]) Die Aenderungen und neuen Zusätze sind in *Schrägschrift* gedruckt.

b) alle an den preußischen Universitäten *oder medizinischen Akademien* tätigen Lehrer der Hygiene, *einschliesslich der sozialen Hygiene,* gerichtlichen Medizin, Psychiatrie und *Versicherungsmedizin* sowie die Direktoren und Aerzte der gerichtsärztlichen, psychiatrischen, hygienischen Instituten, der öffentlichen Anstalten für Geisteskranke, Epileptische und Idioten, der öffentlichen Impfanstalten und Hebammenlehranstalten;

c) alle für den ärztlichen Staatsdienst approbierte Aerzte, auch wenn sie noch nicht im Staats- oder Gemeindedienst angestellt sind.

§ 3. Wer dem Verein beizutreten wünscht, hat bei dem Vorstand des Bezirksvereins, in dessen Bezirk er seinen Wohnsitz hat, einen Antrag auf Beitritt zu stellen. Der Bezirksvorstand hat zu prüfen, ob die Voraussetzungen der Berechtigung zum Beitritt erfüllt sind und das Aufnahmegesuch mit seinem Vermerk an den Landesvorstand weiterzugeben, der durch Ausstellung und Uebersendung der Mitgliedskarte die Aufnahme vollzieht.

Liegen Bedenken gegen die Aufnahme vor, so ist ein Beschluss des Gesamtvorstandes herbeizuführen. [Wird von diesem die Aufnahme versagt, so ist Berufung an den nächsten Vertretertag (s. § 15) zulässig.]

§ 4. Die Mitgliedschaft beginnt mit dem Empfang der Mitgliedskarte; sie erlischt durch den Tod, durch Aberkennung des Wahlrechts oder der Wahlfähigkeit zu einer staatlich anerkannten ärztlichen Standesvertretung oder durch freiwilligen Austritt, *der jederzeit unbeschadet der Verpflichtung zur Entrichtung des laufenden Jahresbeitrages erfolgen kann.*

Mitglieder, die die Zahlung des Betrages verweigern oder trotz zweimaliger Anmahnung zwei Jahre mit dem Jahresbeitrage im Rückstande bleiben, gelten als ausgetreten unbeschadet des Rechtsanspruchs des Vereins.

Bei standesunwürdigem Benehmen sowie bei einem der Vereins- und Standesinteressen schädigenden Verhalten kann der Landesvorstand nach Anhörung des Bezirksvorstandes den Ausschluss eines Mitgliedes mit Zweidrittel-Mehrheit beschliessen. Gegen diesen Beschluss ist Berufung an den Vertretertag zulässig.

§ 5. Um den Verein hervorragend verdiente Mitglieder und sonstige Personen können von der Hauptversammlung auf Vorschlag des Landesvorstandes zu Ehrenmitgliedern ernannt werden.

III. Vereinsjahr und Beitrag.

§ 6. Als Vereinsjahr gilt das Kalenderjahr.

Die Höhe des Jahresbeitrags *wird von dem Vertretertag festgesetzt,* er ist auch berechtigt, im Bedarfsfalle einen *ausserordentlichen Beitrag* zu erheben. *Den im Ruhestand befindlichen Mitgliedern kann auf Antrag von dem Landesvorstande eine Ermässigung des Beitrages bewilligt werden.*

Der Jahresbeitrag wird im Januar jeden Jahres durch *die Schrift- und Kassenführer der Bezirksvereine eingezogen und an das mit dem Kassengeschäfte betraute Vorstandsmitglied bis zum 1. April jeden Jahres abgeführt.* Rückständige Beiträge können nach vorheriger vergeblicher Erinnerung durch Nachnahme eingezogen werden. *Ausserordentliche Beiträge sind in gleicher Weise binnen 4 Wochen nach ihrer Festsetzung einzuziehen und an die Kasse des Landesvorstandes abzuführen.*

Erlöschen der Mitgliedschaft im Laufe des Jahres gibt kein Recht auf anteilige Rückerstattung gezahlter Beiträge.

IV. Vereinsblatt.

§ 7. Die dem Verein als Vereinsblatt dienende fachwissenschaftliche Zeitschrift wird von dem Vertretertag bestimmt und jedem Mitgliede unentgeltlich geliefert. Im Ruhestand befindliche Medizinalbeamte können auf die Lieferung des Vereinsblattes verzichten; sie zahlen dann einen entsprechend geringeren Jahresbeitrag.

V. Organe des Vereins.

§ 8. *Organe des Vereins sind der Landesvorstand, der Vertretertag* und *die Landesversammlung, die Bezirksvorstände und die Bezirksversammlungen.*

a. Der Landesvorstand.

§ 9. Der Landesvorstand besteht aus 16 Mitgliedern und zwar aus

a) je einem Vertreter der Provinzen Ostpreussen, Brandenburg, Pommern, (einschliesslich des Bezirks Posen-Westpreussen), Schlesien (einschliesslich Oberschlesien), Sachsen, Schleswig-Holstein, Hannover, Westfalen, Hessen-Nassau und Rheinland (einschliesslich Hohenzollern) und von Grossberlin,

~~*b) aus 4 zuzuwählenden Vereinsmitgliedern,*~~

c) aus dem jeweiligen Herausgeber der Vereinszeitschrift.

Die unter a genannten Vorstandsmitglieder werden von Bezirksvertretern der betreffenden Provinzen (s. § 15), die unter b von den unter a genannten Vorstandsmitgliedern auf je drei Jahre gewählt; für jeden von ihnen ist ausserdem ein Stellvertreter zu wählen.

Scheidet eins der unter a ~~und b~~ genannten Vorstandsmitglieder vor Ablauf seiner Amtsdauer aus, so tritt sein Stellvertreter bis zur Neuwahl an seine Stelle; scheidet auch dieser aus, so hat der Vorstand für die Amtsdauer des Ausgeschiedenen eine Neuwahl durch die Bezirksvertreter der betreffenden Provinz zu veranlassen ~~bezw. ein anderes Vorstandsmitglied für die unter b genannten Vorstandsmitglieder hinzuzuwählen.~~

§ 10. Der *Landesvorstand* wählt aus seiner Mitte einen Vorsitzenden, einen Schriftführer und je einen Stellvertreter; sie bilden den *geschäftsführenden Ausschuss.* Der Schriftführer ist zugleich Schatzmeister; es kann jedoch auch ein anderes Vorstandsmitglied [oder ein *besonderer Rechnungsführer, der nicht Mitglied des Vereins zu sein braucht,*] mit der Führung der Kasse *vom Vorstande* beauftragt werden.

§ 11. Der *Landesvorstand* leitet die gesamten Angelegenheiten des Vereins und sorgt insbesondere für die Vorbereitung und Ausführung der Beschlüsse, die von ihm, *dem Vertretertage* und der Landesversammlung gefaßt sind, sowie *für die Wahrung und Förderung der beruflichen und wirtschaftlichen Interessen der Vereinsmitglieder.* Er *entscheidet* über die Aufnahme eines Mitgliedes, bestimmt Ort, Zeit und Tagesordnung der abzuhaltenden *Vertretertage* und Landesversammlungen sowie die Berichterstatter über die einzelnen Verhandlungsgegenstände; desgleichen hat er in der jährlichen Landesversammlung einen *Geschäfts- und Kassenbericht* zu erstatten. Seine Berufung geschieht durch den Vorsitzenden, so oft es die Lage der Geschäfte erfordert oder wenn sie *von mindestens einem Drittel seiner Mitglieder* beauftragt wird. Die Einladung dazu hat wenigstens 8 Tage vorher schriftlich unter Mitteilung der Tagesordnung zu erfolgen.

Der *Landesvorstand* ist beschlußfähig, wenn mindestens ein Drittel seiner Mitglieder, einschließlich des Vorsitzenden oder dessen Stellvertreter anwesend ist. Er faßt seine Beschlüsse nach Stimmenmehrheit; bei Stimmengleichheit entscheidet die Stimme des Vorsitzenden, falls es sich jedoch um Wahlen handelt, das Los. Ueber Verhandlungen ist vom Schriftführer eine *Niederschrift* aufzunehmen, die von ihm und dem Vorsitzenden zu vollziehen ist.

§ 12. Der Vorsitzende oder sein Stellvertreter führt unter Mitwirkung des *geschäftsführenden Ausschusses* die laufenden Geschäfte und vertritt sowohl den Verein als den Vorstand nach außen, *namentlich in allen gerichtlichen und aussergerichtlichen Angelegenheiten sowie in denjenigen Fällen, in denen die Gesetze eine besondere Vollmacht erfordern.* Er hat für die vorschriftsmäßige Einladung zu den Vorstandssitzungen, Vertretertagen und Landesversammlungen Sorge zu tragen, die Tagesordnung für die Vorstandssitzungen festzustellen und in diesen sowie auf den Vertretertagen und den Landesversammlungen den Vorsitz zu führen. Er fertigt die Mitgliedskarten aus, kann damit aber auch den Schriftführer beauftragen.

Der Vorsitzende ist auch Vorstand im Sinne der §§ 54—79 des Bürgerlichen Gesetzbuches; im Falle seiner Behinderung gehen diese Befugnisse auf den Schriftführer über.

Urkunden, die für den Verein rechtsverbindlich sein sollen, bedürfen der Mitunterschrift des Schriftführers.

§ 13. Der Schriftführer hat den Schriftwechsel zu besorgen, die Niederschriften und Berichte über die Vorstandssitzungen, Vertretertage und Landesversammlungen abzufassen, den jährlichen Geschäftsbericht zu erstatten

und für ordnungsmäßige Aufbewahrung der Akten Sorge zu tragen. Führt er gleichzeitig die Vereinskasse, so hat er alljährlich in der Landesversammlung Rechnung zu legen; desgleichen ist er verpflichtet, jederzeit auf Verlangen des Vorstandes eine Uebersicht des Vermögensstandes zu geben. Ist ein besonderer *Schatzmeister* oder *Rechnungsführer* gewählt (siehe § 10 Abs. 2), so liegt diesem die Kassenführung und Rechnungslegung ob.

§ 14. Für die Teilnahme der Vorstandsmitglieder an den Sitzungen des Landesvorstandes und am Vertretertage stehen ihnen Tagegelder und Reisekosten nach den für Staatsbeamte üblichen Sätzen zu; sie werden von der Kasse des Landesvereins getragen.

b. Vertretertag.

§ 15. *Der Vertretertag setzt sich zusammen aus*
1. den Vertretern der Bezirksvereine und
2. den Mitgliedern des Vorstandes.

Die Vertreter der Bezirksvereine und ihre Stellvertreter werden auf 3 Jahre gewählt; ihre Namen sind dem Vereinsvorstande nach vollzogener Wahl mitzuteilen. Scheidet ein Vertreter oder sein Stellvertreter während der Amtsdauer aus, so ist sogleich eine Neuwahl zu veranlassen.

Jeder Bezirksverein hat Anspruch auf mindestens einen Vertreter und bei mehr als 20 Mitgliedern auf je 20 angefangene Mitglieder mehr einen weiteren Vertreter.

Der Vertretertag hat die nach § 9 Abs. Ia genannten Mitglieder des Landesvorstandes zu wählen und soll dem Vorstand in allen Vereinsangelegenheiten, namentlich in allen beruflichen und wirtschaftlichen Fragen unterstützen. Alljährlich hat mindestens ein Vertretertag unmittelbar vor der Landesversammlung stattzufinden. Zeit, Ort und Tagesordnung werden vom Landesvorstande bestimmt; die Einladungen haben mindestens 8 Tage vorher schriftlich unter Mitteilung der Tagesordnung zu erfolgen. Den Vorsitz auf dem Vertretertage führt der Vorsitzende des Landesvorstandes; für die Beschlüsse und Abstimmungen des Vertretertages gelten die gleichen Bestimmungen wie für die Landesversammlung (s. § 18).

Zur Vorbereitung und Beratung besonders wichtiger Fragen kann der Vorstand auch ausserordentliche Vertretertage einberufen; ausserdem muss deren Einberufung geschehen, wenn sie von mindestens einem Drittel der Mitglieder des Vertretertages verlangt wird.

Für die Teilnahme der Vertreter der Bezirksvereine an dem Vertretertage stehen ihnen Tagegelder und Reisekosten zu, die von der Kasse der Bezirksvereine zu tragen sind.

c. Versammlungen des Landesvereins.

§ 16. Alljährlich findet mindestens eine *Landesversammlung* statt. Außerordentliche Versammlungen können vom Vorstande jederzeit einberufen werden; sie müssen von ihm einberufen werden, wenn ihre Abhaltung von mindestens der *Hälfte der Mitglieder des Landesvorstandes* oder *des Vertretertages* oder von 50 Vereinsmitgliedern beantragt wird.

Die Einladungen zur *Landesversammlung* haben unter *Mitteilung der Tagesordnung* mindestens 4 Wochen vorher durch das *Vereinsblatt* zu erfolgen; bei außerordentlichen Versammlungen kann diese Frist auf 8 Tage verkürzt werden, falls jedes Mitglied durch besonderes Schreiben eingeladen wird.

§ 17. Der *Landesversammlung* liegen insbesondere folgende Obliegenheiten und Befugnisse ob:
a) die Wahl der Ehrenmitglieder;
b) die Wahl der Rechnungsprüfer der vom Schriftführer oder Schatzmeister alljährlich vorzulegenden Jahresrechnung, sowie
c) dessen Entlastung auf Antrag der Rechnungsprüfer;
d) die Beschlußfassung über alle Anträge und Vereinsangelegenheiten.

§ 18. Beschlüsse werden in der Regel mit Stimmenmehrheit gefaßt; Stimmengleichheit gilt als Ablehnung. Nur bei Aenderungen der Satzungen ist eine Mehrheit von zwei Dritteln der stimmenden Mitglieder erforderlich; außerdem sind derartige Anträge mindestens 8 Wochen vor der Versammlung dem Vorstande schriftlich einzureichen und 4 Wochen vorher den Vereinsmitgliedern bekannt zu geben. Im übrigen siehe § 26.

Eine Abstimmung durch Stimmzettel erfolgt nur, wenn sie von wenigstens 30 anwesenden Mitgliedern beantragt wird. Ergibt sich bei Wahlen keine absolute Stimmenmehrheit, so findet eine Stichwahl zwischen den beiden statt, welche die meisten Stimmen erhalten haben.

Wahlen und Abstimmungen durch Zuruf sind statthaft, wenn von keinem anwesenden Mitgliede Widerspruch erfolgt.

Ueber jede Versammlung des Vereins ist eine vom Vorsitzenden und Schriftführer zu unterzeichnende Niederschrift aufzunehmen, im übrigen ist für die Verhandlungen in den Vereinssitzungen die von der Landesversammlung zu genehmigende Geschäftsordnung maßgebend.

d. Bezirksvereine, deren Vorstände und Versammlungen.

§ 21. In jedem Regierungsbezirk bezw. in Gross-Berlin bilden die dort ansässigen Vereinsmitglieder einen Bezirksverein, dem jedes von ihnen ohne weiteres als Mitglied angehört. Die Mitglieder der Bezirke Marienwerder und Grenzmark Posen-Westpreussen werden hierbei zu einem Bezirksverein vereinigt, diejenigen in den Hohenzollernschen Landen dem Bezirksverein des Reg.-Bez. Koblenz angegliedert. Die in anderen deutschen Ländern vorhandenen Vereinsmitglieder werden ihrem Wunsche entsprechend einem Bezirksverein zugeteilt.

§ 22. Die Aufgaben der Bezirksvereine sind die gleichen wie die des Landesvereins, dessen Bestrebungen sie in jeder Weise unterstützen sollen. Insbesondere haben sie dem Landesvorstand von allen für die berufs- und wirtschaftliche Interessen der Medizinalbeamten wichtigen Vorkommnisse, sowie von etwaigen Wünschen ihrer Mitglieder in Kenntnis zu setzen. Allgemeine, den ganzen Verein und damit die Gesamtheit der Medizinalbeamten berührende Fragen dürfen den Behörden gegenüber in Vorstellungen, Eingaben usw. nur mit zuvoriger Zustimmung des Landesvorstandes behandelt werden. Handelt es sich um Eingaben an die Zentralbehörden oder an den Landtag, so hat ihre Einreichung durch die Hand des Landesvorstandes zu erfolgen; lehnt dieser eine Weitergabe ab, so ist Berufung an den Vertretertag zulässig.

§ 23. Die Bezirksvereine haben einen Bezirksvorstand zu wählen, der mindestens aus einem Vorsitzenden, einem Schriftführer und je einem Stellvertreter für sie bestehen muss. Der Bezirksvorstand hat für rechtzeitige Wahl der Vertreter zum Vertretertage (s. § 15 Abs. 1 Z. 1) und für Ausführung der ihm vom Landesvorstande zugehenden Aufträge zu sorgen, ~~die Mitgliederbeiträge zu erheben~~, die Anmeldung neuer Vereinsmitglieder entgegenzunehmen, Mitgliederlisten fortlaufend zu führen und alle Veränderungen dem Landesvorstande sofort mitzuteilen.

§ 24. Alljährlich hat mindestens eine Bezirksversammlung stattzufinden und zwar in der Regel 8 Wochen vor der Landesversammlung. Ausserdem ist der Bezirksvorstand befugt, auch ausserordentliche Bezirksversammlungen einzuberufen, und verpflichtet, sie zu veranlassen, falls sie vom Landesvorstande oder Vertretertage verlangt wird.

§ 25. Wollen die Bezirksvereine besondere Satzungen festsetzen, so müssen diese mit denen des Landesvereins im Einklang stehen und deshalb vor der Beschlussfassung darüber dem Landesvorstand zur Genehmigung vorgelegt werden.

Den Bezirksvereinen bleibt es überlassen, sich zu Provinzialvereinen zusammenzuschliessen, für die dann die vorstehenden Bestimmungen sinngemässe Anwendung finden.

VI. Auflösung des Vereins.

§ 26. Die Auflösung des Vereins (s. § 18 Abs. 1) kann nur durch eine Mehrheit von zwei Dritteln der eingeschriebenen Mitglieder und in einer besonders zu diesem Zwecke vorschriftsmäßig (s. § 16 Abs. 2) einberufenen *Landesversammlung,* die auch über die Verwendung des bei der Auflösung noch vorhandenen Vermögens zu bestimmen hat, beschlossen werden.

Ist die erste Versammlung beschlußunfähig, so muß innerhalb 8 Wochen eine zweite einberufen werden, die dann mit zwei Drittel Mehrheit der erschienenen stimmenden Mitglieder entscheidet.

Besprechungen.

Med.-Rat Dr. Heyn, Hilfsarbeiter im Sächsischen Ministerium des Innern **Sächsische Medizinalgesetze und Verordnungen für den Arzt und Studierenden der Medizin.** Dresden 1920. Verlag von C. Heinrich. I. und II. Band. 12°; 55 und 238 Seiten. Preis: 7,50 und 24 Mark.

Der erste Band dieser Zusammenstellung der sächsischen Medizinalgesetzgebung ist hauptsächlich für den Studierenden der Medizin bestimmt und bringt deshalb unter Berücksichtigung der Reichsgesetzgebung die Prüfungsvorschriften für Aerzte, sowie die Bestimmungen über die medizinische Doktorpromotion und der sächsischen staatsärztlichen Prüfung. Der zweite für den Arzt und Krankenhausarzt bestimmte Band ist ein Ersatz der für den praktischen Arzt viel zu umfangreichen und inzwischen veralteten Flinzerschen Sammlung der sächsischen Medizinalgesetze und Verordnungen. Er bringt in handlicher und vor allem in recht übersichtlicher Weise die für den Arzt und Krankenhausarzt wichtigsten Bestimmungen, entweder im Wortlaut oder in abgekürzter Form und, wo es zum Verständnis erforderlich ist, mit sachgemäßen Erläuterungen versehen. Trotzdem Verfasser sich hierbei auf das Nötigste beschränkt hat, wird der sächsische Arzt doch Auskunft über alle ihm interessierenden Fragen finden und ihm deshalb auch das kleine Handbuch im hohen Grade willkommen sein. Da es aber im Interesse der allgemeinen Volkswohlfahrt liegt, daß auch die praktischen Aerzte mit der Gesetzgebung auf gesundheitlichem Gebiete recht vertraut sind, so kann man nur die weiteste Verbreitung dieser Zusammenstellung wünschen, zumal sie eine solche im vollsten Maße verdient. Rpd.

Geh. Med.-Rat Dr. Hensgen-Siegen: **Die Desinfektion** Leitfaden für Desinfektoren, Gesundheitsvorsteher und Krankenpfleger zur Vernichtung und Beseitigung der Ansteckungsstoffe. Im amtlichen Auftrage herausgegeben. Vierte, nach den neuen ministeriellen Anweisungen umgeänderte Auflage. Berlin; 1921. Verlag von Richard Schuetz. 12°; 91 S. Preis: broschiert 10 Mark.

Prof. Dr. Fritz Kirstein, Kreisarzt und Vorsteher des Medizinaluntersuchungsamts und der Impfanstalt in Hannover: **Leitfaden der Desinfektion** für Desinfektoren und Krankenpflegepersonen in Frage und Antwort. Zehnte, völlig umgearbeitete und erweiterte Auflage. Berlin; 1921. Verlag von Julius Springer. 12°; 83 S. Preis: broschiert 12 Mark.

Dr. O. Solbrig, Geh. Med.-Rat in Breslau: **Anleitung über Wesen, Bedeutung und Ausführung der Desinfektion.** 4. umgeänderte Auflage. Breslau 1921. Verlag von Trewendt & Grauer. Kl. 12°; 32 Seiten. Preis: broschiert 5 Mark.

Der Erlaß neuer Desinfektionsvorschriften in Preußen hat eine Neuauflage und vollständige Umarbeitung der vorstehenden drei Leitfäden notwendig gemacht. Alle drei Verfasser haben dabei die ihnen gestellte Aufgabe in vortrefflicher Weise gelöst. Trotz ihrer Kürze, die anderseits einen Vorzug bildet, bringt die Solbrigsche Anleitung alles Wissenswerte in gedrängter Form, während die beiden anderen Leitfäden ausführlicher gehalten sind. Rpd.

Tagesnachrichten.

Der **vorläufige Bericht über die Hauptversammlung des Preußischen Medizinalbeamtenvereins** in Nr. 18 dieser Zeitschrift bedarf noch in einigen Punkten einer Ergänzung. Zunächst ist der Jahresbeitrag auch bereits für 1922 festgesetzt und zwar auf 75 Mark. Weiterhin ist beschlossen, daß eine Abführung der gerichtsärztlichen Gebühren an die Staatskasse nicht mehr stattfinden soll, und außerdem ein von Kreisarzt Dr. Wollenweber-Dortmund im Auftrage des Medizinalbeamtenvereins des Reg.-Bezirks Arnsberg gestellter Antrag angenommen, der folgenden Wortlaut hat:

„Der Preuß. Medizinalbeamten-Verein erblickt in den Bestrebungen nach einer Umwandlung der staatlichen Beamtenstellung der Kreisärzte in eine kommunale — die sogenannte „Kommunalisierung" — eine **Gefährdung ihrer Unabhängigkeit als Gesundheitsbeamter wie als Gutachter. Er ist der Ueberzeugung, daß die „Kommunalisierung" die Kreisärzte in Abhängigkeit**

von den kommunalen Körperschaften bezw. der jeweils in ihnen herrschenden Partei bringen und einer „Politisierung“ nahe kommen würde. Eine derartige Abhängigkeit ist aber weder mit der Erfüllung der staatlichen Aufgaben auf dem Gebiete des Gesundheitswesens, noch mit einer unparteiischen Tätigkeit als öffentlicher ärztlicher Sachverständiger vereinbar. Die öffentliche Gesundheitspflege würde durch eine Kommunalisierung Schaden erleiden. Der Verein glaubt aber auch in einer gegen den Willen der Medizinalbeamten etwa stattfindenden Umwandlung ihrer Stellung einen Eingriff in die durch die Verfassung geschützten, wohl erworbenen Rechte der Beamten erblicken zu müssen.“

Das preußische Kammergericht hat sich als Revisionsinstanz in seiner Sitzung vom 23. September d. J. dem in der Beilage zu Nr. 15/16 dieser Zeitschrift, S. 73 mitgeteilten Urteil des Landgerichts I in Berlin vom 13. Juni d. J. angeschlossen und die Anwendung des **preußischen Altersgrenzegesetzes gegenüber den im Amte befindlichen Beamten als unzulässig** erklärt.

Durch Runderlaß des Herrn Ministers für Volkswohlfahrt vom 17. September d. J. (s. die Beilage zur heutigen Nummer, S. 91) ist eine Eingabe des Vorstandes des Preuß. Medizinalbeamtenvereins vom 4. Mai d. J. entsprechend genehmigt, daß den **Medizinalbeamten bei Reisen in gerichtsärztlichen Angelegenheiten** nach besonders teueren Städten ebenfalls die **erhöhten Tagegelder** zustehen und zwar rückwirkend vom 1. April d. J. ab.

Durch Bekanntmachung des Ministers für Volkswohlfahrt vom 3. August d. J. sind die **Sätze der Gebührenordnung für die Medizinaluntersuchungsämter** um 100% und durch Bekanntmachung vom 27. August 1921 die **Verpflegungskosten für Wutschutzkranke** von 168 M. (für Kinder) auf 252 M., für Erwachsene von 252 auf 336 Mark erhöht.

Durch Ministerial-Erlaß vom 21. August 1921 sind **Vorschriften für die staatlichen Assistenten an medizinischen Instituten** erlassen, die eine zweijährige Ausbildungszeit an einer staatlich anerkannten Lehranstalt und als Vorbildung den erfolgreich zum Abschluß gebrachten Besuch eines staatlich anerkannten Lyzeums verlange. Vorsitzender der Prüfungskommission ist der zuständige Reg.- und Med.-Rat. Die Prüfung ist eine theoretische und praktische; sie erstreckt sich auf Chemie und Physik, Anatomie, Psychologie, Biologie und mikroskopisch-anatomische Technik, Parasitologie und Serologie, klinische Chemie und Mikroskopie, Photographie, einschließlich Makro-, Mikro- und Farbenphotographie sowie Röntgenologie, Zeichnen, Schreibmaschinenschreiben und Stenographie.

Der **Preussische Landtag** hat seine Sitzungen wieder begonnen. Gleich in den ersten Sitzungen am 29. u. 30. Sept. d. J. gelangte ein Antrag der Sozialdemokraten und der unabhängigen Sozialisten auf **Verbesserung der Milchversorgung für Kranke und Kinder** zur Verhandlung. Danach soll das Staatsministerium ersucht werden, ausreichende Mittel bereitzustellen, damit es der minderbemittelten Bevölkerung ermöglicht wird, den Kranken und Kindern die unentbehrliche Milch zuzuführen. Außerdem soll ein Betrag von 20 Millionen Mark zur Unterstützung der Anlegung von Viehweiden aus Oedland und Moorländereien behufs Vermehrung der Milcherzeugung zur Verfügung gestellt werden. Der Antrag wurde von den Abg. Frau Ege (Soz.) und Frau Christmann (unabh. Soz.) unter Hinweis auf die hohe Kindersterblichkeit, Unterernährung der Kinder und die große Ausbreitung der Tuberkulose einerseits, den hohen Milchmangel und Milchpreis anderseits, warm befürwortet. Auch von der Abg. Frau Voigt (D. V.) und Abg. Sprenger (Ztr.) wurden die Schäden der jetzigen Milchversorgung hervorgehoben und eine Besserung auf diesem Gebiete verlangt, während die Abg. Frau Deutrisch (D. Nat.) die von sozialdemokratischer Seite gegen die Landwirtschaft erhobenen Vorwürfe energisch zurückwies und die bestehenden Mängel hauptsächlich auf die Mängel an Futtermittel und den Rückgang des Viehbestandes zurückführte; eine Ansicht, die auch von dem Abg. Westermann (Dem.) und einem Vertreter der Staatsregierung geteilt wurde. Der Antrag wurde hierauf dem Hauptausschuß überwiesen.

Aus einem in der politischen Presse gebrachten Bericht über die Beratungen des **Hautausschusses des Preußischen Landtages** über den **Haushalt des öffentlichen Gesundheitswesens** erfahren wir noch nachträglich, daß es hierbei in der Sitzung vom 24. August d. J. zu einer persönlichen Debatte zwischen dem Ministerialdirektor Dr. Gottstein und dem sozialdemokratischen Abg. Dr. Beyer (Soz.), der zugleich ein Referat im Wohlfahrtsministerium inne hat, gekommen ist. Ministerialdirektor Gottstein behauptete, Dr. Beyer hätte das, was er in seinen Anträgen verlangte, auch als Referent im Ministerium durchsetzen können.[1]) Der Angegriffene verteidigte sich damit, daß es sich um Forderungen handele, deren Berechtigung längst anerkannt sei, die aber im Wege der bürokratischen Verhandlungen zwischen den Ressorts bisher nicht erfüllt werden konnten. Die Gewerbeärzte habe bereits Kirchner, der Vorgänger Gottsteins verlangt, die Bestrebungen der Aerzte gingen seit 25 Jahren dahin, sie seien aber gescheitert, weil das Handelsministerium fürchtete, in seiner Kompetenz beschränkt zu werden, wenn Aerzte an der Gewerbeaufsicht beteiligt werden. Ebenso aussichtslos seien weitere Verhandlungen über die Unterstellung der Bäder, die sich im öffentlichen Besitz befinden, unter die Medizinalabteilung des Wohlfahrtsministeriums gewesen. Zur Unterstützung seiner Arbeit als Beamter und zur Förderung der Sache und der allgemeinen Interessen habe er sich daher auf seine Eigenschaft als Abgeordneter besonnen, um die Aufträge des Ministerialdirektors selbst auszuführen. Der sozialdemokratische Abg. Krüger nahm seinen Parteifreund noch ausdrücklich in Schutz. Er legte schärfste Verwahrung ein gegen einen derartigen Versuch, die Freiheit eines Abgeordneten zu beschränken, der in seinen Aeußerungen das Ministerium in keiner Weise angegriffen habe, sondern die Arbeit des Ministeriums nur nach besten Kräften fördern wolle. In den Angriffen des Ministerialdirektors Gottstein müsse er ein Zeichen reaktionärer Gesinnung erblicken. Seine Partei werde, was die Person Gottsteins anbetreffe, die Konsequenzen ziehen. Daraufhin sah sich Minister Stegerwald veranlaßt, vermittelnd in die Debatte einzugreifen. Er betonte, daß Ministerialdirektor Dr. Gottstein seine Vorwürfe gar nicht so agressiv gemeint habe, wie sie aufgefaßt worden seien; er habe lediglich feststellen wollen, daß Dr. Beyer sein Ziel auch im Ministerium selbst hätte erreichen können.

Das neu errichtete **Hygienische Institut in Landsberg a. W.** — Ersatz für das früher in Posen bestehende derartige Institut — hat am 6. August d. J. seine Tätigkeit aufgenommen.

Der diesjährige vom 16. und 17. September in Karlsruhe abgehaltene **42. Aerztetag hat in Bezug auf die gesetzliche Regelung der Kassenarztfrage** folgende vom **Geschäftsausschuß vorgeschlagene Resolution** angenommen:

„Der 42. Deutsche Aerztetag fordert die gesetzliche Einführung der organisierten Arztwahl als ein grundsätzliches Recht der deutschen Aerzteschaft auf Arbeit. Die organisierte freie Arztwahl ist eine soziale und hygienische Notwendigkeit, weil sie das einzige Arztsystem ist, das dem Interesse des ganzen Volkes und auch der Krankenkassen selbst, insbesondere bei Einführung der Familienversicherung gerecht wird und letzten Endes allein ein dauerndes friedliches Zusammenarbeiten zwischen Kassen und Aerzteorganisation gewährleistet."

---

[1]) Der Abg. Dr. Beyer ist bekanntlich früher Oberarzt an einer Irrenanstalt gewesen und als Referent für das Irrenwesen in das Ministerium berufen. Unsere im Sprechsaal seinerzeit (s. Nr. 15, S. 326) erteilte Auskunft über die Frage, ob ihm auch das Referat für Gewerbehygiene übertragen sei, ist damals mit Rücksicht auf seinen bisherigen Bildungsgang, als nicht glaubhaft bezeichnet. Der Herausgeber hat sich aber in dieser Hinsicht geirrt, denn tatsächlich ist diese Uebertragung erfolgt, obwohl es jedenfalls richtiger gewesen wäre, wenn dieses Referat einem dafür besonders vorgebildeten Medizinalbeamten übertragen wäre, wie das z. B. in Bayern, Sachsen und Baden der Fall ist. Am einfachsten würde die Frage durch Anstellung eines Landesgewerbearztes in Berlin gelöst, dem gleichzeitig dies Referat im Ministerium als Nebenamt übertragen würde.

Außerdem wurden die von dem Berichterstatter (Dr. Hausberg-Dortmund) zur **praktischen Ausbildung** der Aerzte aufgestellten Leitsätze mit einigen Zusätzen und Abänderungen angenommen und in Bezug auf **das ärztliche** Versorgungswesen nach einem sehr eingehenden Vortrag von Dr. Vollmann-Berlin beschlossen, die weitere Bearbeitung dieser Frage einer vom Geschäftsausschuß sofort zu wählenden Kommission zu übertragen; inzwischen sollen schon jetzt dem Antrage München-Gladbach gemäß 5—10% des kassenärztlichen Einkommens für Zwecke der Versorgung zurückbehalten werden.

Bekanntmachung

des Vorstandes des Preussischen Medizinalbeamten-Vereins.

Der Preußische Medizinalbeamten-Verein hat in seiner Hauptversammlung am 9. September ds. Js. in Nürnberg beschlossen:

„Der Preußische Medizinalbeamten-Verein wird im Sinne des Rapmundschen Satzungsentwurfes reorganisiert. Der Entwurf wird in den bestehenden oder alsbald zu bildenden Bezirksvereinen vorberaten. Die Hauptversammlung berechtigt eine noch in diesem Jahre zu berufende Vertreterversammlung, die Fassung der Satzungen auf Grund dieser Vorberatungen endgültig und bindend festzustellen.“

Der Vorstand ersucht auf Grund dieses Beschlusses, die Mitglieder des Vereins in allen Regierungsbezirken schleunigst in die Bildung von Bezirksvereinen einzutreten und in diesen und in den schon bestehenden Bezirksvereinen den Rapmundschen Satzungsentwurf, der in Nr. 19 der Zeitschrift (S. 420) abgedruckt ist, durchzuberaten.

Er ersucht ferner alle Bezirksvereine, sofort Vertreter zu der voraussichtlich Ende November zu berufenden Vertreterversammlung zu wählen und die Namen der Gewählten bis **spätestens 1. November** dem Schriftführer mitzuteilen.

Der Preußische Medizinalbeamten-Verein.

Geh. Med.-Rat Dr. **Wodtke**, Jena, Ernst Häckelplatz 1, III, Vorsitzender.

Med.-Rat Dr. **Bundt**, Halle a. S., Gr. Steinstr. 20, II, Schriftführer.

Kaufgesuch.

Gegen eine angemessene Entschädigung wird der **erste Jahrgang** der **Deutschen medizinischen Wochenschrift** (Börnersche) von dem Unterzeichneten zu kaufen gesucht.

Dr. Rapmund,
Geh. Med.-Rat.

Druckfehler-Berichtigung. In Nr. 18 muß es auf S. 407, Zeile 15 von oben (Gesetz betr. die Erweiterung des Rechtsweges) statt 24. Mai 1901 heißen: 24. Mai 1861.

Verantwortlich für die Schriftleitung: Prof. Dr. Rapmund, Geh. Med.-Rat in Lippspringe.
Druck von J. C. C. Bruns, Minden i. W.

34. Jahrg. Nr. 20 **ZEITSCHRIFT** 20. Okt. 1921.

FÜR

MEDIZINALBEAMTE

Zentralblatt

für das gesamte Gebiet der gerichtlichen Medizin und Psychiatrie, des staatlichen und privaten Versicherungswesens, sowie für das Medizinal- und öffentliche Gesundheitswesen, einschl. der praktischen und sozialen Hygiene.

Herausgegeben von

Prof. Dr. Otto Rapmund

Geh. Med.-Rat in Bad Lippspringe.

Offizielles Organ des Deutschen, Preussischen, Bayerischen, Sächsischen, Württembergischen, Badischen, Hessischen, Mecklenburgischen, Thüringischen und Braunschweigischen Medizinalbeamtenvereins.

Eine Beilage: Rechtsprechung und Medizinalgesetzgebung

Bezugspreis für das Jahr: 30 M, durch die Post bezogen: 32 M.

VERLAG VON FISCHER'S MEDIZ. BUCHHANDLUNG H. KORNFELD,
Berlin W. 62, Keithstraße 5.

INHALT.

Abhandlungen:

Geschäftsstelle und Versand für die Mitglieder des Medizinalbeamtenvereins durch J. C. C. BRUNS, Buchdruckerei, MINDEN i. WESTF.

Alleinige Anzeigen-Annahme und verantwortlich für den Anzeigenteil: HANS PUSCH, BERLIN SW. 48, Wilhelmstraße 28.

Personalien.

Deutsches Reich und Preussen.

Durch Beschluß des Staatsministeriums vom 26. September 1921 sind zum Präsidenten bezw. zu dessen Stellvertreter und zu Mitgliedern des Landesgesundheitsrates ernannt:

1. zum Präsidenten: der Leiter der Abteilung Volksgesundheit des Ministeriums für Volkswohlfahrt Ministerialdirektor Prof. Dr. Gottstein;

2. zum Stellvertreter des Präsidenten: der Ministerialrat in der Abteilung Volksgesundheit des Ministeriums für Volkswohlfahrt Wirkl. Geh. Ob.-Med.-Rat Prof. Dr. Dietrich,

3. zu Mitgliedern: 1. Prof. Dr. Abderhalden, Geh. Med.-Rat Direktor des Physiologischen Universitätsinstituts in Halle a. S., 2. Prof. Dr. Adam, Direktor des Kaiserin Friedrich Hauses für die ärztliche Fortbildung in Berlin, 3. Generaldirektor O. Antrick in Berlin-Charlottenburg 9, 4. Prof.

Dr. Baur in Müncheberg (Mark), 5. Reichstagsabgeordneter Joh. Becker (Arnsberg) in Berlin, 6. Direktor Bendig in Berlin, 7. Geheimer Medizinal-Rat Dr. Beninde, Direktor der Landesanstalt für Wasserhygiene in Berlin-Dahlem, 8. Reg.-Rat Dr. Beyer in Berlin, 9. Prof. Dr. Biesalski in Berlin-Zehlendorf, 10. Geh. San.-Rat Prof. Dr. Blaschko in Berlin, 11. Verbandssyndikus Dr. Hermann Blumenthal in Hannover, 12. Direktor Dr. Boehmer in Münster, 13. Geh. Med.-Rat Prof. Dr. Bonhoeffer in Berlin, 14. Stadtbaurat Dr. Ing.-hon. c. Bredtschneider in Berlin-Charlottenburg, 15. Ministerialdirektor Bracht in Berlin, 16. Geh. Med.-Rat Prof. Dr. Bumm in Berlin, 17. Kreisarzt Med.-Rat Dr. Bundt in Halle a. S., 18. Zahnarzt Dr. Conrad Cohn in Berlin, 19. Ministerialdirektor Conze in Berlin, 20. Fabrikarzt Prof. Dr. Curschmann in Bitterfeld, 21. Geh. Med.-Rat Prof. Dr Czerny in Berlin, 22. Gewerkschaftssekretär Dittmer in Berlin, 23. Frau Hedwig Dransfeld in Werl (Westf.), 24. Zahnarzt Dr. Drucker in Berlin, 25. Geh. San.-Rat Dr. Faßbender in Berlin, 26. Wasserwerksdirektor Baurat v. Feilitzsch in Berlin, 27. Apotheker Dr. H. Fischer in Berlin, 28. Prof. Dr. Fischer in Frankfurt a. Main, 29. Senatspräsident Flügge in Berlin, 30. Fräulein Olga Friedemann in Königsberg i. Pr., 31. Prof. Dr. Friedberger in Greifswald, 32. Ministerialrat Friedeberg in Berlin, Ministerium für Volkswohlfahrt, 33. Prof. Dr. Forster in Berlin, 34. Geh. Med.-Rat Froelich in Berlin, 35. Geh. Med.-Rat Prof. Dr. Frosch in Berlin, 36. Geh. Med.-Rat Prof. Dr. Gadamer in Marburg, 37. Landrat a. D. Gerstein in Essen-Ruhr, 38. Prof. Dr. Goldschmidt in Berlin, 39. Prof. Dr. Gonser-in Berlin-Dahlem, 40. Prof. Dr. Göppert in Göttingen, 41. Drogeriebesitzer Gottwalt in Königsberg i. Pr., 42. Landtagsabgeordneter Bürgermeister Graef in Frankfurt a. M., 43. Prof. Dr. Grotjahn in Berlin, 44. Prof. Dr. Gutzmann in Berlin-Zehlendorf, 45. Geh. San.-Rat Dr. Hansberg in Dortmund, 46. Geh. Med.-Rat Dr. Heffter in Berlin, 47. Rektor Hertel in Berlin, 48. Geh. Med.-Rat Prof. Dr. Hildebrand in Berlin, 49. Arzt Dr. M. Hirsch in Berlin, 50. Geh. Med.-Rat Prof. Dr. His in Berlin, 51. Gerichtsarzt Geh. Med.-Rat Dr. Hoffmann in Berlin, 52. Apothekenbesitzer Dr. Holz in Berlin, 53. Geh.

San.-Rat Dr. Jacob in Berlin, 54. Direktor Imming in Berlin, 55. Ministerialrat Geh. Reg.-Rat Prof. Dr. Juckenack in Berlin, 56. Ministerialdirektor a. D. Prof. Dr. Kirchner in Berlin, 57. Landrat Klausner in Recklinghausen, 58. Direktor Albert Kohn in Berlin, 59. Ministerialrat Dr. König in Berlin, 60. Geh. Med.-Rat Prof. Dr. Kraus in Berlin, 61. Beigeordneter Prof. Dr. Krautwig in Köln a. Rh., 62. Ministerialrat Geh. Ob.-Med.-Rat Dr. Krohne in Berlin, 63. Geh. Med.-Rat Prof. Dr. Krückmann in Berlin, 64. Reg.- und Med.-Rat Dr. Kutscher in Allenstein, 65. Frl. Dr. Amalie Lauer in Köln a. Rh., 66. Ob.-Reg.- und Med.-Rat Prof. Dr. Lennhoff in Berlin, 67. Ministerialrat Geh. Ob.-Med.-Rat Prof. Dr. Lentz in Berlin, 68. Lehrer Lorentz in Berlin, 69. Geh. Med.-Rat Prof. Dr. Lubarsch in Berlin, 70. Kreisarzt Dr. Margulies in Colberg, 71. Zahnarzt Dr. Misch in Berlin, 72. Med.-Rat Dr. Müller in Spandau, 73. Geh. Med.-Rat Prof. Dr. Neufeld in Berlin, 74. Prof. Dr. Neumann in Bonn, 75. Geh. Med.-Rat Dr. Neumeister in Stettin, 76. Stadtarzt Geh. San.-Rat Dr. Oebbecke in Breslau, 77. Prof. Dr. Poll in Berlin, 78. Geh. Med.-Rat Prof. Dr. Puppe in Breslau, 79. Stadtmedizinalrat Dr. Rabnow in Berlin, 80. Prof. Dr. Reichenbach in Göttingen, 81. Geh. Med.-Rat Prof. Dr. Reinhold in Hannover, 82. Direktor Dr. von Rieben, Allgemeine Elektrizitätsgesellschaft in Berlin, 83. Geh. Ob.-Med.-Rat Prof. Dr. Rubner in Berlin, 84. Geh. San.-Rat Dr. Rumpe in Krefeld, 85. Apothekenbesitzer Dr. H. Salzmann in Berlin, 86. Zahnarzt Dr. Scheele in Kassel, 87. Geh. Med. Rat Prof. Dr. Schieck in Halle a. S., 88. Geh. Med.-Rat Prof. Dr. Schittenhelm in Kiel, 89. Geh. Med.-Rat Prof. Dr. Schlossmann in Düsseldorf, 90. Prof. Dr. Schoenenberger in Berlin, 91. Stadt- und Kreisarzt Dr. Schroeder in Altona, 92. Generaloberstabsarzt Dr. Schultzen in Berlin, 93. Geh. San.-Rat Prof. Dr. Schwalbe in Berlin, 94. Direktor Dr. Schwarz in Hannover, 95. Konsul Richard Seifert in Neubabelsberg, 96. Apothekenbesitzer K. Sieberger in Aachen, 97. Reg. u. Geh. Med.-Rat Dr. Solbrig in Breslau, 98. Reg.-Rat Dr. Stoecker in Bochum, 99. Geh. San.-Rat Dr. Stoeter in Berlin, 100. Geh. Med.-Rat Prof. Dr. Straßmann in Berlin, 101. Gewerkschaftsvorsitzender Streiter in Berlin, 102. Aerztin Frau Dr. Szagunn in Berlin-Chartottenburg, 103. Landesgewerbearzt Dr. Teleky in Düsseldorf, 104. Geh. Med.-Rat Prof. Dr. Thoms in Berlin-Steglitz, 105. Ministerislrat Geh. Reg.-Rat Freiherr von Tschammer und Quaritz in Berlin, 106. Prof. Dr. Thumm in Berlin-Dahlem, 107. Geh. Med.-Rat Prof. Dr. Uhlenhut in Marburg, 108. Verbandsdirektor Unger in Perleberg, 109. Apothekenbesitzer Dr. W. Wartenberg in Berlin, 110. Geh. Med.-Rat Prof. Dr. von Wassermann in Berlin, 111. Geh. Med.-Rat Prof. Dr. Wernicke in Landsberg a. W.,

112. Prof. Dr. Westenhöfer in Berlin, 113. Frau Dr. Wegscheider in Berlin, 114. Prof. Dr. Williger in Berlin, 115. Frau Stadtrat Weyl in Berlin, 116. Dr. Ignaz Zadek in Berlin, 117. Geh. Med.-Rat Prof. Dr. Ziehen in Halle a. S.

Ernannt: Der bisherige Kreisarzt Ob.-Reg.-Rat Dr. Riech zum Ministerialrat im Reichsarbeitsministerium; Dr. Kornatzki, Kreisassistenzarzt in Danzig-Langfuhr zum Kreisarzt des Kreises Sulingen mit Wohnsitz in Bassum, Kreisassistenzart Dr. Braunert in Stettin zum kommiss. Kreisarzt in Neurode (Schles.); Kreisassistenzarzt Dr. Quadflieg in Arnsberg zum kommiss. Kreisarzt in Hamm i. W. und Dr. Schmidt in Düsseldorf zum kommiss. Kreisarzt in Zell a. Mosel; Prof. Dr. Georg Stertz in München zum ordentl. Professor und Direktor der psychiatrischen und Nervenklinik in Marburg.

Versetzt: Die Kreisärzte Dr. Hutt in Neurode nach Perleberg und Med.-Rat Dr. Bekker in Bassum nach Freienwalde.

In Ruhestand getreten: Die Kreisärzte: Geh. Med.-Rat Dr. Nickel in Perleberg; Med.-Rat Dr. Schultz-Schultzenstein in Freienwalde; Med.-Rat Dr. Bachmann in Hamm i. W. und Med.-Rat Dr. Heising in Borken.

Gestorben: Med.-Rat Dr. Mayer, Kreisarzt in Meisenheim (Rheinland).

Bayern.

Gestorben: Ob.-Med.-Rat Dr. Merkel, Bezirksarzt a. D. in Nürnberg.

Sachsen.

Ernannt: Prof. Dr. Bumke in Breslau zum ordentl. Professor und Direktor der psychiatrischen und Nervenklinik in Leipzig.

In den Ruhestand getreten: Geh. Rat Prof. Dr. Flechsig, Direcktor der psychiatrischen Nervenklinik in Leipzig.

Baden.

Ernannt: Dr. Roemer, Direktor der Heil- und Pflegeanstalt in Konstanz zum Obermedizinalrat und Medizinalreferenten im Ministerium des Innern in Karlsruhe.

Versetzt: Dr. Groß, Direktor der Heil- und Pflegeanstalt in Rufach zum Direktor der Heil- und Pflegeanstalt in Konstanz.

Aus anderen deutschen Staaten.

Ernannt: Med.-Rat Dr. Roth, Stadtphysikus und kommiss. Med.-Referent in Braunschweig zum ordentlichen Mitgliede des dortigen Medizinalkollegiums mit der Amtsbezeichnung „Obermedizinalrat".

Versetzt: Kreisarzt Dr. Dibbelt in Ottenstein nach Helmstedt (Braunschweig).

Erledigte Stellen.

Preussen.

Zu besetzen alsbald die **nicht vollbesoldete Kreisarztstelle in Mayen,** Reg.-Bez. Coblenz. Bewerbungen sind bis zum 10. Novemober 1921 an das Ministerium für Volkswohlfahrt in Berlin W 66, Leipziger Straße Nr. 3 durch Vermittelung des für den Wohnort des Bewerbers zuständigen Herrn Regierungspräsidenten (in Berlin des Herrn Polizeipräsidenten) einzureichen.

Sonstige Familiennachrichten.

Verlobt: Fräulein Liselotte **Puppe,** Tochter des Herrn Geh. Med.-Rats Prof. Dr. **Puppe** in Breslau mit Herrn Dr. Herwart **Fischer,** kommiss. Gerichtsarzt und Assistent am gerichtsärztlichen Institut in Breslau.

34. Jahrg. **Zeitschrift** 1921.

für

MEDIZINALBEAMTE

Zentralblatt

für das gesamte Gebiet der gerichtlichen Medizin und Psychiatrie, des staatlichen u. privaten Versicherungswesens, sowie für das Medizinal- u. öffentliche Gesundheitswesen, einschl. der prakt. u. sozialen Hygiene

Herausgegeben
von

Prof. Dr. Otto Rapmund
Geh. Med.-Rat in Bad Lippspringe.

Offizielles Organ d. Deutschen, Preußischen, Bayerischen, Sächsischen, Württembergischen, Badischen, Hessischen, Mecklenburgischen, Thüringischen u. Braunschweigischen Medizinalbeamtenvereins

Verlag von Fischer's med. Buchhandlung H. Kornfeld
Herzogl. Bayer. Hof- u. K. u. K. Kammer-Buchhändler
Berlin W. 62, Keithstrasse 5

Nr. 20.	Erscheint am 5. und 20. jeden Monats	20. Okt.

Einige Bemerkungen zu der gesetzlichen Umgestaltung des Hebammenwesens.

Von Reg.- und Med.-Rat Dr. Schwabe-Hannover.

Die gesetzliche Umgestaltung des Hebammenwesens in Preußen scheint nunmehr spruchreif zu sein. Die zu dieser Umgestaltung drängenden Gesichtspunkte, die bis auf das Jahr 1892 zurückgehen, scheinen aber insofern eine bemerkenswerte Verschiebung erfahren zu haben, als aus der Not und dem reformsüchtigen Charakter der Zeit heraus die wirtschaftliche Besserstellung der Hebammen bedenklich in den Vordergrund geschoben ist.

Noch vor etwa 11 Jahren war es in erster Linie die unzureichende Ausbildung, auch Fortbildung der Hebammen, die die Führerinnen in der Vereinigung deutscher Hebammen im April 1912 zu einer Petition an die Petitions-Kommission des Deutschen Reichstages veranlaßte, in der sie mit allem Nachdruck dagegen Verwahrung einlegten, „daß dem Hebammenstande weitere Elemente zugeführt werden, die infolge ihrer Vorbildung und ihres Vorlebens für die verantwortliche Tätigkeit als

Hebamme durch die Ausbildung nicht tüchtig genug gemacht werden können."

Die Petition knüpfte an schwere Vorwürfe an, die den deutschen Hebammen hinsichtlich ihrer beruflichen Leistungen auf dem internationalen Kongreß für Säuglingsschutz im September 1911 in Berlin gemacht worden waren.

Obschon diese Vorwürfe bereits damals von berufener Seite auf das richtige Maß eingeschränkt wurden und auch heute von jedem Sachverständigen, der sich mit dem schuldbaren Anteil der Hebammen an dem Tode Schwangerer, Gebärender und Entbundener beschäftigt, als stark übertrieben bezeichnet werden müssen, hat es sich die erwähnte Petition doch angelegen sein lassen mit anerkennungswerter Objektivität den beruflichen Mängeln der Hebammen nachzugehen.

Den Angelpunkt der Petition bilden daher auch in breiter Ausführung Erwägungen und Vorschläge über Eignung und Ausbildung der Hebammenschülerinnen sowie über Fortbildung der Hebammen. Die Regelung der Einkommenverhältnisse durch Regelung der Niederlassung und Besoldung, Hebammenverträge und Sicherstellung gegen alle Arten von Erwerbsunfähigkeit werden erst an zweiter Stelle besprochen.

Trotz des heftigen derzeitigen Gährungsprozesses in der gesamten Hebammenschaft, verschärft durch die politischen Gährungsvorgänge, stehen noch erfreulich viele Hebammen — man darf sich über ihre Zahl durch unliebsame Terrorisierungs-Erscheinungen nicht täuschen lassen — auch heute auf dem Standpunkt der Petition von 1912 und betrachten erregte Erörterungen über Berufsbezeichnung und Berufsrecht pp. als Gährungsblasen. Um so eindringlicher verlangen sie aber eine bessere Auswahl der Hebammenschülerinnen und eine bessere Ausbildung und Fortbildung. Die beruflichen Versager, die noch vielfache Unterschätzung der Hebammentätigkeit führen sie mit Recht auf diese Mängel zurück. Die wirtschaftliche Not ihrer Berufsgenossinnen liegt auch ihnen am Herzen. In erster Linie aber wollen sie eine der Bedeutung ihres Standes für das Volkswohl gebührende Hebung.

Es dürfte daher dringend geboten und hoffentlich noch nicht zu spät sein, diese Hebung wieder in den Vordergrund zu drängen und dabei erneut auf die sattsam bekannte Tatsache hinzuweisen, daß viel weniger die Ausbildung als die Ausbildungsmöglichkeit, d. h. die intellektuellen Fähigkeiten der Hebammenschülerinnen ausschlaggebend für ihre beruflichen Leistungen sind. Dabei soll keineswegs verkannt werden, daß die noch im Entwurf eines Hebammengesetzes vom 11. Juli 1904 in § 2 vorgesehene Mindestdauer eines Lehrganges von 9 Monaten weder für die geburtshilfliche Durchbildung, insonderheit nach der praktischen Seite, ausreicht, noch gar für die Unterweisung in den Grundlagen der Säuglingspflege. Und hier können wir der Mitarbeit der Hebammen unter keinen Umständen entraten; schon rein aus finanziellen Gründen werden die Kreiswohl-

fahrtsämter das in Zukunft nicht tun können. Die richtige Zeitbemessung der Lehrgänge, die durch die voraussichtliche Abnahme der Hebammenschülerinnen bei Einschränkung der Niederlassungsfreiheit erleichtert werden wird, muß in die berufenen Hände der Hebammenlehrer gelegt werden. Sie mögen auch über die Altersgrenze entscheiden, wie über Umfang und Verteilung des Lehrstoffes.

Die alte Streitfrage aber, welche Schulbildung für die Hebammenschülerinnen die geeignetste sei, soll hier nicht wieder aufgerollt werden. Bei so auseinandergehenden Ansichten, wie sie in dieser Frage geäußert sind, pflegt das Richtige in der Mitte zu liegen. Mit anderen Worten: Jede wirklich abgeschlossene und erfolgreiche Schulbildung reicht für die Hebammenschülerin aus, wofern sie über gute Verstandes- und Willenskraft verfügt und die erworbenen Schulkenntnisse nicht etwa durch jahrelange Vernachlässigung mehr oder weniger eingebüßt hat.

In diesem Sinne ist auch wohl der Abs. 6 der Einleitung zum Hebammenlehrbuch, Ausgabe 1920, zu verstehen, wenn er als Erfordernisse zum Beruf der Hebamme gute Schulbildung und gesunden Menschenverstand verlangt. Auf beide Erfordernisse kann nicht verzichtet werden; sie gehören unbedingt zusammen. Man darf aber m. E. bei alller Würdigung guter Schulkenntnisse für den Hebammenberuf nicht vergessen, daß er ein ganz eigenartiges Vertrauensverhältnis mit der breiten Masse der weiblichen Bevölkerung verlangt, ganz besonders in ländlichen Bezirken. Bodenständige Frauen mit guter Volksschulbildung werden diesem Erfordernis wohl am ehesten Rechnung tragen. Die Beziehungen der Hebamme zu ihrer Klientel sind doch wesentlich andere als die des Arztes zu der seinen.

In der erwähnten Petition war auch des Vorlebens der Anwärterin für den Hebammenberuf als wichtig für die Auswahl gedacht. Es scheint so mancherlei darauf hinzudeuten, als ob man an den strengen Anforderungen an ein makelloses Vorleben nicht mehr ganz festhalten will. Ohne dem Pharisäertum und der Splitterrichterei hier das Wort sprechen zu wollen, vermag ich doch meine ernsten Bedenken nicht dagegen zurückzustellen, wenn dem Zeitgeist entsprechend sittliche Verfehlungen etwa verallgemeinernd mit dem Mantel der Liebe zugedeckt werden sollen. Eine Hebamme muß eine sittlich starke Persönlichkeit sein. Ihre ganze Stellung erfordert dies. Es treten ihr im Beruf auch so manche verführerische Angebote entgegen, denen sie gegenüber unbedingt fest bleiben muß. Der etwaige Einzug des „Fräulein Mutter“ in den Hebammenberuf erscheint mir höchst bedenklich. Die Petition verlangt, daß die Anwärterin nicht außerehelich geboren hat.

Wer soll nun die geistige Eignung der Anwärterinnen für den Hebammenberuf prüfen? Nach § 60 der Dienstanweisung ist den Kreisärzten diese Aufgabe zugewiesen.

In der erwähnten Petition wird der Wunsch geäußert,

daß die Aufnahmeprüfung an der Hebammenlehranstalt vorzunehmen sei. In Besprechungen über die Reform des Hebammenwesens ist mir von Hebammen, die besonderen Wert auf eine bessere Auswahl der Hebammenschülerinnen zur Hebung des ganzen Standes legten, dieser Wunsch verschiedentlich vorgetragen und begründet worden. Ich halte ihn für durchaus berechtigt und seine Erfüllung für dringend notwendig.

Für den Kreisarzt gehört die Prüfung der zur Aufnahme in eine Hebammenlehranstalt sich meldenden Frauen mit zu den undankbarsten Aufgaben. Seine Begutachtung tragen die verschiedensten aus den Begleitumständen sich ergebenden Rücksichtnahmen ein, und die Prüfung selbst gibt ihm oft genug nur ein unzureichendes Bild über die intellektuelle Eignung des Prüflings. Der Erfolg oder besser gesagt der Mißerfolg besteht dann bekanntlich auch darin, daß die Direktoren der Hebammenlehranstalten mehr oder weniger bewegliche Klage über die ihnen zugewiesenen ungeeigneten Elemente führen.

Man überlasse daher diesen die Auswahl nach dem Ergebnis der von ihnen vorgenommenen Aufnahmeprüfung, die sie weit zweckmäßiger und schärfer handhaben können, und betraue den Kreisarzt lediglich mit der Untersuchung auf die körperliche Geeignetheit und mit der Bedürfnisfrage.

Die unabweisbar notwendigen Fortbildungslehrgänge der Hebammen, von denen § 5 Abs. 4 der Dienstanweisung handelt, werden durch die Einschränkung, „sofern den Wiederholungslehrgang-Teilnehmerinnen die dadurch entstehenden Unkosten ersetzt werden", wie die Erfahrung der letzten Zeit gezeigt hat, wie so manches andere auf dem Papier stehen bleiben. Auch hier sind gesetzlich durchführbare Maßnahmen ein dringendes Erfordernis.

Man darf gespannt sein, wie der demnächst vorgelegte Gesetzentwurf aller dieser Schwierigkeiten einschließlich der wohl noch schwierigeren rein wirtschaftlichen Fragen Herr werden wird. Ein Steuermann, der klaren und weitblickenden Auges mit sicherer Hand das vom Sturm leidenschaftlicher Erregung hin- und hergerissene Schifflein Hebammenreform geschickt lavierend zum Hafen gesunder Grundlagen steuert, tut not. Er wird sich den Dank aller derer verdienen, denen das Wohl unserer deutschen Mütter und Säuglinge der alleinige Leitstern ist, und damit auch an erster Stelle den Dank der Hebammen.

Die Nottaufe des noch nicht geborenen Kindes seitens der Hebammen.

Von Kreisarzt Dr. **Mangelsdorf**-Deutsch-Krone.

Kürzlich stellte ich gelegentlich der Ermittelungen bei einem Kindbettfieber-Todesfall folgendes fest: Bei der Revision der Hebamme in deren Wohnung berichtete diese unter anderem, sie habe, da ihr das Kind gefährdet erschien, demselben vor

der Geburt des Kopfes (bei Schädellage) die Nottaufe erteilt, und zwar habe sie, da der Kopf noch nicht sichtbar war, unter Führung der linken Hand ein Mutterrohr in die Scheide eingeführt und aus dem Irrigator abgekochtes Wasser über den von ihr mit den Fingern berührten Kopf des Kindes rieseln lassen und dabei die vorgeschriebenen Worte gesprochen. Nach Beendigung ihrer Ausbildung in der Hebammenlehranstalt in Danzig im Jahre 1899 seien sämtliche katholische Hebammenschülerinnen von dem inzwischen verstorbenen Geistlichen der St. Joseph-Kirche in diesem Sinne ausdrücklich belehrt worden. In einem jeder Schülerin ausgehändigten Büchlein „Die katholische Hebamme im Dienste der Seelsorge",[1]) das die Hebamme mir übergab, ist auf Seite 18 ebenfalls ausgesprochen, daß im äußersten Notfall das Kind auch im Mutterschoß getauft werden soll; die folgende Bemerkung, daß die Hebamme diese Handlung wegen der damit verbundenen Gefahr für Gesundheit und Leben der Mütter, „wo es angeht", dem Arzt überlassen solle, dürfte praktisch keine Bedeutung haben. Anderseits bestätigt die auf Seite 15—18 angegebene nähere Anweisung, in welcher Weise eine gültige Taufe ausgeführt werden müsse, sehr wohl die von dem Geistlichen den Hebammenschülerinnen gegebene nähere Ausführungsbestimmung für die Nottaufe des noch nicht geborenen Kindes.

Es ist mir nicht bekannt, ob auch anderweitig oder gar allgemein den katholischen Hebammen nach ihrer Ausbildung von kirchlicher Seite gleiche oder ähnliche Vorschriften gegeben werden, die die gewissenhafte Hebamme in schwere Konflikte mit den geltenden Bestimmungen des Hebammenlehrbuches bringen müssen, das in seiner neuen Auflage, m. E. berechtigter Weise, mehr wie je, die Operationsbefugnis der Hebammen einschränkt (bes. § 255, 2 und § 354) und aus naheliegenden Gründen jede unnötige Berührung der inneren Geschlechtsteile der Schwangeren, Gebärenden und Wöchnerinnen untersagt. Welche unabsehbaren Gefahren birgt dagegen der oben geschilderte Akt der Nottaufe mittels Irrigators an dem noch völlig im Mutterschoße befindlichen Kinde für die Mutter in sich, zumal angenommen werden darf, daß bei der Eile, in der diese Handlung stets vorgenommen werden wird, jede etwaige vorherige Desinfektionsmaßnahme nur den Wert einer symbolischen Handlung haben kann.

Angesichts der erschütternden Tatsache, daß in Preußen alljährlich durchschnittlich 4000 Mütter an Kindbettfieber zugrunde gehen, und angesichts des aus dieser Zahl sich ergebenden enormen Geburtenverlustes, der eine erhebliche Schwächung unseres Volkskörpers bedeutet, bedarf das vorstehend Berichtete der sorgsamen Aufmerksamkeit der Medizinalbehörden. Eine Anfrage bei den Kirchenbehörden ließe zunächst

---

[1]) **Verfasser:** Dr. Wilhelm Burger, Stadtpfarrer a. St. Urban in Freiburg i. Br.

feststellen, ob und wie weit die Geistlichkeit von ihr beauftragt und berechtigt ist, derartig bedeutungsvolle Anweisungen den Hebammen zu erteilen, die im Widerspruch mit den wichtigsten Bestimmungen des Hebammenlehrbuches stehen. Durch die Kreisärzte wäre festzustellen, in welchem Umfange seitens der Hebammen das geschilderte Verfahren der Nottaufe an noch nicht geborenen Kindern angewandt wird. Daß unter allen Umständen die staatlichen Interessen, die in diesem Falle sich mit denen der allgemeinen Volksgesundheit decken, mit den kirchlichen Interessen in Einklang gebracht werden müssen in einer Weise, die den ersteren voll und ganz Rechnung trägt, halte ich für selbstverständlich.

Zu dem Artikel: Gedanken eines Medizinalbeamten über die Vergebung der Hebammen-Utensilien.

Von **Ernst Steffenhagen**, Pharmazeutisch Bevollmächtigter für den Regierungsbezirk Köslin, gerichtlich vereideter Sachverständiger für Chemie des Landgerichtsbezirks Köslin und Mitglied der Apothekerkammer Stettin.

Mir wurde ein Abdruck der Zeitschrift für Medizinalbeamte zugesandt Nr. 12 1921 mit dem Artikel „Gedanken eines Medizinalbeamten über die Vergebung der Hebammen-Utensilien“. Diese Gedanken möchte ich nicht gerade glücklich nennen, zumal ich die Bestrebungen und Verfügungen im hiesigen Kreise erst kürzlich miterlebt habe. Es sei mir gestattet, einiges dazu zu bemerken. Näheres zu veröffentlichen behalte ich mir vor.

Die Behörden haben sicherlich die Verpflichtung, die staatlichen Einrichtungen, und dazu gehört die Apotheke, zu unterstützen und zu schützen. Es mutet doch etwas eigenartig an, wenn von einem Medizinalbeamten vor dem Bezuge aus den Apotheken gewarnt wird. Der Staat hat auch zweifellos ein Interesse, sich seine steuerzahlenden Bürger zu erhalten (§ 164 der Reichsverfassung); denn, wenn er ihnen den Verdienst nimmt, wird er keine leistungsfähigen Institute mehr haben. In den letzten Jahren hat man ja auch bei fast allen Verwaltungen und Kommunen eingesehen, daß der Gewinn und die Ersparnis nur eine scheinbare ist, besonders wenn der Einkauf, wie fast immer unsachgemäß und von nicht fachmännischer Seite aus geschieht. Hunderttausende sind auf diesem Wege dem deutschen Volksvermögen verloren gegangen. Auch dem hiesigen Kreisausschuß und der Stadtverwaltung sind durch solche Käufe nicht unbeträchtliche Verluste entstanden. (Kresolseife, Thermometer, Zellstoff, Lebertran usw.). In allen diesen Fällen, soweit sie mir zur Untersuchung und Begutachtung vorlagen, handelte es sich um durchaus minderwertige, von außerhalb bezogene Waren. Es dürfte allgemein bekannt sein, daß die Apotheken an bestimmte Vorschriften des Deutschen Arzneibuches gebunden sind, auch für Verbandsstoffe; daran sind aber nicht Drogerien und Verbandsmittelgeschäfte ge-

bunden. Die Preise werden von der Behörde festgesetzt, ebenso wie die Kreisarztgebühren, und auch dem Kreisausschuß nach der Taxe der Allgemeinen Ortskrankenkasse mit den entsprechenden Prozenten berechnet, also findet keinesfalls eine Ueberteuerung statt. Gerade in der letzten Zeit geht durch unsere Kreise ein Notschrei, da die Einkaufspreise für Verbandmittel die Verkaufspreise übersteigen. Aber hieran kann der Apotheker nichts ändern; er muß hier liefern, während der freie Kaufmann nicht dazu verpflichtet ist oder eben andere Ware liefert (schlechtere). Außerdem muß aber bei allen freiverkäuflichen Artikeln die Apotheke in freien Wettbewerb treten können. Auf keinen Fall ist der Kreisausschuß oder der Medizinalbeamte berechtigt, bei den Hebammen Zwangsmaßnahmen anzuwenden und ihnen den Bezug aus der Apotheke zu verbieten und aus anderen Geschäften anzuordnen, so wie es hier geschehen ist. Für die Hebamme von außerhalb ist der Einkauf in verschiedenen Geschäften zuweilen zu umständlich und zeitraubend, außerdem bekommt sie gute Qualitätsware zu den vorgeschriebenen Preisen bei Tag und Nacht in den Apotheken. Nach meinen langjährigen Erfahrungen ist auch die exekutive Einziehung der Desinfektionsgebühr von 6 M. unhaltbar; denn erstens werden sich die Hebammen mit Recht dagegen wehren, und zweitens wird sich der Mittelstand seine Desinfektionsmittel selbst beschaffen.

Ein tödlicher Unfall durch elektrischen Strom der Lichtleitung im Bade.

Von Stadtschularzt Dr. Wrobel in Breslau.

Die Veröffentlichung des Herrn Kreisarztes Dr. Kraemer in Calbe i. S. in Nr. 13 dieser Zeitschrift „Ueber einen tödlichen Unfall durch elektrischen Strom der Lichtleitung im Bade“ gibt mir Veranlassung über einen ähnlichen Fall zu berichten, den ich im Jahre 1912 während meiner Tätigkeit als Kreisassistenzarzt des Kreises Kattowitz zu sehen Gelegenheit hatte:

Der Generaldirektor H. der Hohenlohewerke bei Kattowitz pflegte jeden Abend ein Bad zu nehmen, währenddessen er sich, da er an Kopfneuralgien litt, mittels eines kleinen Handvibrationsmassageapparats, der direkt an die elektrische Lichtleitung mittels einer Steckdose angeschlossen wurde, von seinem alten Bademeister die Kopfhaut massieren ließ. Eines Tages versagte der Apparat während des Bades infolge eines Defekts, der den Bademeister veranlaßte, den Apparat zu öffnen und zu untersuchen, ohne daß er ihn wieder in Gang bringen konnte. Ungeduldig griff H., während er im Bade saß, nach dem Apparat, um nach der Ursache der Störung zu sehen, ohne ihn vorher auszuschalten. Nachdem er kurze Zeit daran herumhantiert hatte, rief er plötzlich aus: „Donnerwetter, jetzt habe ich einen Schlag bekommen“; unmittelbar danach sank er um und war tot.

Die Unfall-Versicherungsgesellschaft, bei der H. mit einer hohen Summe versichert war, veranlaßte die Leichenöffnung, die ich als zweiter Obduzent gemeinsam mit dem Kreisarzt ausführte. H. war ein sehr kräftig gebauter, großer, etwa 50jähriger Mann, an dessen inneren Organen keine krankhaften Veränderungen gefunden wurden. Der Herzmuskel war etwas schlaff; die Koronararterien zeigten, ebenso wie die sonstigen Arterien, keine Veränderungen. Von den Obduzenten wurde im vorläufigen Gutachten die Möglichkeit angenommen, daß der Tod infolge eines Unfalls, nämlich durch die Einwirkung des elektrischen Stromes von 120 Volt Spannung während des Bades eingetreten war. So viel ich später in Erfahrung gebracht habe, hat das Gericht noch ein Gutachten eines technischen Sachverständigen eingefordert und danach zugunsten der Hinterbliebenen entschieden.

Vergiftung mit Benzinersatz (Benzinoform).

(Aus dem hygienisch-chemischen Laboratorium von Dr. Alfred Freymuth-Berlin SW. 11.)

Unter dieser Ueberschrift wird in Heft 8, 1921, dieser Zeitschrift ein Aufsatz von Med.-Rat Dr. Curtius veröffentlicht, der in einigen Punkten einer Richtigstellung bedarf.

Aus den dem Sektionsbefunde folgenden Ausführungen ist ersichtlich, daß der Autor infolge Mangels an einschlägiger Literatur zu Fehlschlüssen gekommen ist, die darauf beruhen, daß er Benzinoform, Benzin und Benzol für nahe Verwandte in chemischer bezw. toxischer Beziehung hält. Diese Annahme geht völlig fehl. Zwischen Benzin und Benzol besteht allerdings insofern eine Aehnlichkeit, als beide reine Kohlenwasserstoffe sind. Jedoch treten hinsichtlich ihrer Reaktionsfähigkeit erhebliche Unterschiede auf, die ihren Grund darin haben, daß Benzin (Gemisch von $C_6 H_{14}$ bis $C_9 H_{20}$) zu den aliphatischen Stoffen gehört und Benzol ($C_6 H_6$) der aromatischen Reihe entstammt. Nun das Benzinoform! Unter diesem nicht sehr glücklich gewählten Namen, der übrigens geschützt ist, verbirgt sich das Tetrachlormethan ($C Cl_4$), auch Tetrachlorkohlenstoff benannt, eine farblose, nicht brennbare Flüssigkeit vom spezifischen Gewicht 1,604 und Siedepunkt 77° C. Dieser Körper stammt zwar auch von einem aliphatischen Kohlenwasserstoff, dem Methan (CH_4), ab, hat aber durch den Eintritt von vier Chloratomen einen ganz anderen chemischen und physikalischen Charakter angenommen als seine Muttersubstanz, das gasförmige leichtbrennbare Methan. Sehr große Aehnlichkeit finden wir zwischen dem Tetrachlormethan und seinem um ein Chloratom ärmeren Bruder Trichlormethan, unserem Chloroform ($CHCl_3$), dem das spezifische Gewicht 1,485 bis 1,489 und der Siedepunkt 62° C eigen sind. Den Namen Benzinoform bezw. die Bezeichnung Benzinersatz verdankt das Tetrachlormethan nur seiner gleichen technischen Verwendbarkeit wie Benzin,

dem es infolge seiner Nichtbrennbarkeit in vielen Fällen vorgezogen wird.

Dieser irreführenden Benennung ist der Autor zum Opfer gefallen, wenn er deduziert: „Da . . . . ich im Schmidtmannschen Lehrbuch die Notiz fand, daß Benzin- und Benzolvergiftungen ähnliche Erscheinungen machen, nehme ich von dem Benzinoform das gleiche an und verweise auf die Abhandlung von San.-Rat Dr. Stuelp in Nr. 14 der Med.-Beamten-Zeitschrift, 1919.“ In dieser höchst beachtenswerten Arbeit bespricht Stuelp eine „Akute Benzolvergiftung mit Obduktionsbefund und chemischem Nachweise von Benzol im Gehirn“ und schließt mit den lehrreichen Worten: „Mit Sicherheit wird man demnach akute Benzolvergiftung als Todesursache nur dann anführen können, wenn neben den pathologisch-anatomischen Zeichen des plötzlichen Erstickungstodes der chemische Nachweis von Benzol in Leichenteilen gelingt. Man wird ihn in Zukunft fordern müssen, zumal er im Gehirn noch längere Zeit nach dem Tode zu erbringen ist.“

Diese Worte treffen ceteris paribus in hervorragendem Maße auf unseren Benzinoformfall zu. Wer einen Vergiftungsfall wissenschaftlich verwerten will, muß sich also zunächst über die Natur des betreffenden Giftes klar sein. In dem in Rede stehenden Falle wäre wohl das Nächstliegende gewesen, einen Chemiker mit der Isolierung des Giftes aus Organen der Leiche zu betrauen zwecks Identifizierung des Stoffes und Vergleiches mit einem in der Flasche etwa zurückgebliebenen Reste. Ueber den chemischen Nachweis des Giftes berichtet aber Curtius nichts. Allein aus dem Sektionsbefunde auf die Natur des Giftes schließen zu wollen, ist eine mehr als gewagte Sache, wie dieser Fall deutlich beweist. Durch die chemische Untersuchung wäre der Nachweis erbracht worden, daß die genossene Flüssigkeit Tetrachlormethan war, und damit wäre jede Analogie mit Benzin oder Benzol ausgeschlossen gewesen.

Bei der chemischen Konstitution des Tetrachlormethans kommen in erster Linie erhebliche Wirkungen auf das Zentralnervensystem in Frage. Bekanntlich wird bei den Chlorderivaten des Methans sowie des Aethans mit der Zahl der Chloratome im Molekül die narkotische Wirkung gesteigert, eine Tatsache, die durch die neueren, äußerst wertvollen Untersuchungen des Berliner Pharmakologen Joachimoglu[1]) und seiner Mitarbeiter erhärtet wird. Aus der dieser Arbeit beigefügten Tabelle I ersehen wir, daß die Zunahme der narkotischen Zahl (Chloroform = 1) mit dem Anwachsen der Chloratome proportional verläuft.

Dichlormethan CH_2Cl_2	0,31
Trichlormethan, Chloroform $CHCl_3$	1,00
Tetrachlormethan CCl_4	1,50
Aethylendichlorid $CH_2Cl - CH_2Cl$	1,00
Aethylidenchlorid $CH_3 - CHCl_2$	2,70

[1]) Biochemische Zeitschrift; 1921, Band 120, S. 203.

Tetrachloräthan	$CHCl_2 - CHCl_2$	13,10
Pentachloräthan	$CCl_3 - CHCl_2$	20,00
Hexachloräthan	$CCl_3 - CCl_3$	59,10

Nach dem Vorstehenden und auf Grund zahlreicher Tierversuche dürfte es keinem Zweifel unterliegen, daß bei einer Vergiftung mit Benzinoform alias Tetrachlormethan die Todesursache durch die Lähmung lebenswichtiger Zentren im verlängerten Mark bedingt ist. Sollte da nicht die Annahme berechtigt sein, daß einige bei der Sektion erhobenen Befunde sekundärer Natur sind, so das Lungenödem, das doch auch auf die eintretende Herzschwäche zurückgeführt werden könnte?

Selbstmordversuch mit 3 Gramm Sublimatlösung ohne Vergiftungserscheinungen.

Von Kreisarzt Dr. Möbius in Ilfeld.

Am 12. August 1921 abends 11½ Uhr löste Frau M. in Ilfeld, eine junge Fabrikbesitzersfrau — in einem Anfall von Verwirrtheit zur Zeit der Periode — 3 Sublimatpastillen à 1 g in einem etwa ½ Liter kaltes Wasser enthaltenden Aluminiumtopf auf. 10 Minuten später nahm sie von dieser Lösung einen Mund voll, behielt die Flüssigkeit einige Sekunden im Munde, schluckte alsdann einen Teil hinunter, den anderen spie sie aus; das, was sie wieder ausspie, war aber sehr wenig. Als Gegenmittel erhielt sie dann reichlich Milch. Sie erbrach 20 Minuten später darauf mehrmals, die Milch war rosa gefärbt und zeigte kleine rosafarbige Bröckel. Um 12 Uhr war ich bei ihr. Ich fand die Patientin etwas matt, auch bei genauester Inspektion war im Munde und Schlunde keine Spur einer Aetzung oder Rötung zu sehen. Das Erbrochene zeigte die eben beschriebene Beschaffenheit; in dem Aluminiumtopfe waren noch etwa 300 g Flüssigkeit; der Topf fühlte sich heiß an, die Flüssigkeit hatte eine Temperatur von etwa + 30°. Warmes Wasser konnte nicht verwandt sein, da in der Küche das Feuer schon lange ausgegangen und Spiritus nicht im Hause war. Die Frau gab auch auf's Bestimmteste an, daß sie kaltes Wasser zur Lösung genommen habe.

Ich verordnete Eisen, Leibumschläge und Diät. Am folgenden Tage morgens 8 Uhr fühlte sich Patientin bis auf geringe Leibschmerzen (Periode!) wohl, Aetzstellen waren nirgends zu sehen. Um Nachmittag folgte dreimal Stuhlgang von weicher Beschaffenheit und dunkelbrauner Farbe, abends war das Befinden wie am Morgen und blieb auch in den nächsten Tagen das gleiche, Eiweis fand sich nie im Urin; Patientin stand am 18. 8. 1921 völlig genesen auf und ist bis heute völlig gesund geblieben.

Patientin verdankt ihr Leben wohl dem Umstande, daß sie das Sublimat nicht in Porzellan, sondern in einem Aluminiumtopf aufgelöst hat, der wohl noch durch Zinnzusatz stark

metallisch verunreinigt war. Das Sauerstoff begierig anziehende Sublimat ist mit dem Zinn in einen Oxydationsprozeß eingetreten und hat sich in Kalomel verwandelt. Die Erhitzung des Topfes und der Lösung gab den ersten Fingerzeig für diese wunderbare Lösung eines Falles, der der genossenen Menge nach zum mindesten zu schweren Verätzungen und langer Krankheit geführt haben müßte.

Aehnliche Fälle habe ich in der Literatur nicht gefunden, so daß ich meine Beobachtung der Veröffentlichung für wert halte.

Die Amtsbezeichnung der Kreisärzte und Gerichtsärzte.

Vom Herausgeber.

Die diesjährige Hauptversammlung des Preußischen Medizinalbeamtenvereins hat bekanntlich einstimmig die Amtsbezeichnung „Kreismedizinalrat" für den Kreisarzt bezw. „Gerichtsmedizinalrat" für die Gerichtsärzte abgelehnt und ebenfalls einstimmig beschlossen, die Staatsregierung zu bitten, den Kreisärzten die Amtsbezeichnung „Kreisarzt und Medinalrat" bezw. „Obermedizinalrat" zu geben. Gleichzeitig wurde der Vorstand beauftragt, diesen Beschluß dem Staatsministerium mitzuteilen und ein Telegramm gleichen Inhalts an den Herrn Minister für Volkswohlfahrt zu richten mit der Bitte, die Gewährung dieser Bitte warm zu befürworten. Unter dem 3. d. M. ist dann nachstehender Bescheid des Herrn Ministerpräsidenten bei dem Schriftführer des Vereins, Herrn Med.-Rat Dr. Bundt-Halle a. S., eingegangen:

"Der Preußische Ministerpräsident: Berlin W. 8, den 30. September 1921.
St. M. II Nr. 4674.

Auf den von dem Preußischen Medizinalbeamtenverein an das Staatsministerium gerichteten Einspruch gegen die Verleihung der Amtsbezeichnung „Kreismedizinalrat" an alle Kreisärzte bezw. „Gerichtsmedizinalrat" an die Gerichtsärzte erwidere ich ganz ergebenst, daß das Staatsministerium nach eingehender Prüfung der Sachlage bereits unter dem 9. September endgültg beschlossen hat, die vorbezeichneten Amtsbezeichnungen an Kreisärzte bezw. Gerichtsärzte zu verleihen, und daß das Staatsministerium zu seinem Bedauern zurzeit um so weniger in der Lage ist, an diesem Beschluß eine Aenderung vorzunehmen, als in dem dortigen telegraphischen Einspruch eine Begründung für die besonderen Wünsche des Preußischen Medizinalbeamtenvereins hinsichtlich der Verleihung anders lautender Amtsbezeichnungen nicht enthalten ist.

In Vertretung: Göhre."

Ohne dann abzuwarten, ob infolge dieses Bescheides nicht ein erneuter Einspruch mit der vom Staatsministerium vermißten Begründung erfolgen würde, was doch mit Sicherheit angenommen werden konnte, ist dann der Beschluß des Staatsministeriums durch folgende Bekanntmachung des Ministers für Volkswohlfahrt vom 7. Oktober d. J.:

„Gemäß dem Beschlusse des Preußischen Staatsministeriums vom 9. September 1921 wird den Kreisärzten die Amtsbezeichnung „Kreismedizinalrat", den Gerichtsärzten die Amtsbezeichnung „Gerichts-

medizinalrat", den „Landesgewerbeärzten" die Amtsbezeichnung „Gewerbemedizinalrat" beigelegt."

im „Reichs- und Staatsanzeiger" bekanntgegeben.

Der Beschluß des Staatsministeriums wird mit Recht bei allen Medizinalbeamten einen Sturm der Entrüstung hervorrufen, die inzwischen auch durch den nachstehenden, erneuten, begründeten telegraphischen, an das Staatsministerium gerichteten Protest des Vorstandes Ausdruck gefunden hat.

„Der Preußische Medizinalbeamtenverein erneuert seinen Einspruch gegen die Verleihung der Amtsbezeichnung „Kreismedizinalrat" an die Kreisärzte. Die Amtsbezeichnung „Kreismedizinalrat" muß minderwertig erscheinen und die Stellung der Kreisärzte beeinträchtigen gegenüber der durch die Amtsbezeichnung Regierungs-Medizinalrat ausgezeichneten Stellung der Aerzte der Versorgungsämter. Sie ist auch minderwertig gegenüber der Amtsbezeichnung anderer höherer technischer Beamter z. B. der Baubeamten. Wenn die Verleihung der Amtsbezeichnung „Kreis- und Medizinalrat" bezw. Obermedizinalrat nicht bewilligt werden kann, so bitten wir einfach die Bezeichnung „Medizinalrat" bezw. „Obermedizinalrat" festsetzen zu wollen."

Gleichzeitig ist der Herr Minister für Volkswohlfahrt in einer besonderen Eingabe gebeten, diesen Einspruch gütigst unterstützen zu wollen.

Was den Beschluß des Staatsministeriums anbetrifft, so ist er vom Standpunkte der Medizinalbeamten aufs tiefste zu bedauern; denn er wird die in ihren Kreisen herrschende und durchaus berechtigte Mißstimmung gegen die Zentralinstanz nur noch verstärken und ihre Arbeitsfreudigkeit zum Schaden der ganzen Volksgesundheit mindern. Der Beschluß muß alle Medizinalbeamten in der Ansicht bestärken, daß ihre Interessen von der ihnen vorgesetzten Behörde, namentlich von der Medizinalabteilung im Ministerium, nicht in dem Maße wahrgenommen werden, wie dies jeder Beamtenstand verlangen kann. Man braucht sich in diesem Falle nur zu vergegenwärtigen, daß das Staatsministerium am 30. Dezember 1919 beschlossen hat, die Angelegenheit der Titelfrage in der Besoldungsvorlage unter „Neuregelung der Amtsbezeichnungen" ihrer Lösung zuzuführen und den Beamtenorganisationen dabei Gelegenheit zu geben, zu der Frage Stellung zu nehmen; bisher ist aber diese Frage für die Medinalbeamten weder durch die Besoldungsordnung geregelt, noch ist der Preußische Medizinalbeamtenverein, der doch von dem Ministerium für Volkswohlfahrt in seinem Erlasse vom 6. August d. J. als Vertreter der preußischen Medizinalbeamten anerkannt ist, darüber gehört; seine in dieser Hinsicht gemachten Eingaben vom 15. Juli 1920 und 6. März d. J. haben nicht einmal eine Antwort erhalten. Das ist eine Nichtachtung eines Beamtenstandes, die dieser in keiner Weise verdient und die bei ihm notwendigerweise Mißstimmung und Verdrossenheit hervorrufen muß. Noch vielmehr muß sich aber dieser Beamtenstand jetzt verletzt fühlen, wenn ein auf seiner Hauptversammlung einstimmig gefaßter Beschluß einfach ignoriert wird, weil das hohe Staatsministerium bereits seinen Beschluß nach „eingehender Prüfung der Sachlage" endgültig gefaßt hat. Zu einer ein-

gehenden „Prüfung der Sachlage“ gehört jedoch nach dem Staatsministerialbeschluß in erster Linie, daß die betreffende Beamtenorganisation zuvor gehört wird, davon ist aber, wie gesagt, bisher keine Rede gewesen.

Die Medizinalbeamten gehören allerdings zu den höheren Beamten und bilden nur eine kleine Beamtengruppe; da hält man es vielleicht nicht für nötig, ihre Wünsche zu berücksichtigen, wie es den anderen großen Beamtenorganisationen gegenüber geschieht; aber man sollte es sich auch solchen kleinen Beamtengruppen gegenüber doppelt und dreifach überlegen, ehe man ihnen durch derartige Beschlüsse einen Beweis direkter Nichtbeachtung ihrer eigenen Wünsche gibt. Man vergegenwärtige sich doch die augenblickliche Situation: Die früheren den Kreisärzten gleichgeordneten Kreisbaubeamten, erhalten die Amtsbezeichnung „Regierungs- und Baurat“, die Aerzte bei den Versorgungsämtern die Amtsbezeichnung „Regierungs-Medizinalrat“, nur den Kreisärzten wird der ihnen danach doch logischerweise zustehende Titel „Regierungs-und Medizinalrat“ versagt. Jeder Laie wird darin eine schwere Mißachtung und Zurücksetzung erblicken, nur bei der Zentralinstanz scheint dafür leider ein Verständnis zu fehlen. Die Kreisärzte legen allerdings keinen großen Wert auf den „Regierungsrat“, sondern wollen lieber ihren bisherigen, bei der Bevölkerung allgemein bekannten Titel „Kreisarzt“ nebst dem Zusatz „Medizinalrat“ bezw. „Obermedizinalrat“ behalten, aber nicht in der von allen Kreisärzten abgelehnten Form „Kreismedizinalrat“. Ueber den „Obermedizinalrat“ schweigt sich der Staatsmedizinalbeschluß überhaupt ebenso aus wie über die Amtsbezeichnung „Oberregierungsrat“ für die Regierungs- und Medizinalräte oder wenigstens einen Teil dieser Beamten, obwohl schon längst die älteren „Regierungs- und Schulräte“ die Amtsbezeichnung „Oberregierungs- und Schulrat“ erhalten haben. Das ist doch ebenfalls ein unverdientes Zurücksetzen der Medizinalbeamten in der Bezirksinstanz. Ebenso schweigt sich der Beschluß des Staatsministeriums über eine anderweitige Amtsbezeichnung „Kreisassistensärzte“ aus, obwohl eine Abänderung dieses unschönen Titels ein dringendes Bedürfnis ist.

Erfreulicherweise hat nun das Staatsministerium trotz „eingehender Prüfung“ ganz und gar übersehen, daß sein Beschluß ungesetzlich ist und deshalb vorläufig von den Kreisärzten die ihnen zugedachte Amtsbezeichnung „Kreismedizinalrat“ einfach abgelehnt werden kann. Nach § 1 Abs. 1 des Kreisarztgesetzes vom 16. September ist „der staatliche Gesundheitsbeamte“ der „Kreisarzt“. Soll dies also künftighin der „Kreismedizinalrat“ sein, so bedarf es dazu einer Aenderung auf gesetzlichem Wege, also entweder durch eine Abänderung des Kreisarztgesetzes oder durch Festlegung der Amtsbezeichnung durch den Haushalt, wie dies bei allen anderen Beamten geschehen ist, da der Haushalt bekanntlich durch Genehmigung des Landtags Gesetzeskraft erhält. Das scheinen aber sowohl die Juristen und Verwaltungs-

beamten, als die technischen Ministerialräte des Staatsministeriums und des Ministeriums für Volkswohlfahrt trotz aller ihrer Gesetzeskenntnis, die man doch in so hohen Stellen bei ihnen voraussetzen muß, übersehen zu haben; denn sonst würden sie den Weg der Bekanntmachung sicherlich nicht empfohlen haben. Ob der erneute Einspruch gegen den Beschluß etwas helfen wird, bleibt abzuwarten; jedenfalls sollten aber alle Medizinalbeamten jetzt alles aufbieten, um den Beschluß wieder rückgängig zu machen. Dazu dürfte sich außer dem schon erfolgten erneuten Einspruch beim Staatsministerium vor allem auch eine Eingabe an den Landtag und Rücksprache mit befreundeten Abgeordneten usw. unter Darlegung der Sachlage empfehlen.

Der Landesgesundheitsrat in Preussen und seine Zusammensetzung.

Vom Herausgeber.

Durch Beschluß des preußischen Staatsministeriums vom 26. September 1921 sind jetzt der Präsident und dessen Stellvertreter sowie die Mitglieder des durch Beschluß vom 30. April 1921 gebildeten neuen **preußischen Landesgesundheitsrates** ernannt.[1]) Wenn man sich vergegenwärtigt, daß nach diesem Beschlusse in dem Landesgesundheitsrat nicht weniger als 10 Ausschüsse vorgesehen sind, dann konnte man wohl erwarten, daß die Zahl seiner Mitglieder eine sehr große sein würde, etwa ebenso groß wie die des Reichsgesundheitsrates (etwa 90 Mitglieder), aber daß sie diese Ziffer noch um ein Drittel übersteigt, halten wir nicht für zweckmäßig, besonders wenn nach der jetzt auch erlassenen Geschäftsordnung noch allerhand Sachverständige von Fall zu Fall bestellt bezw. zugezogen werden können. Vielköpfige „Räte" haben sich nach den bisherigen Erfahrungen noch niemals bewährt; ihre Arbeit ist meistens eine viel zu schwerfällige und langsame; die zahlreichen „Räte" kommen aus allerhand Bedenken nicht heraus und das Ergebnis ihrer Leistungen steht im betrübenden Mißverhältnis zu der darauf verschwendeten Zeit. Wir wollen uns zwar freuen, wenn wir in dieser Hinsicht durch das Arbeitsergebnis des preußischen Landesgesundheitsrates in angenehmer Weise enttäuscht werden sollten, befürchten aber, daß dies nicht der Fall sein wird, trotzdem der Herausgeber dieser Zeitschrift von Natur aus recht optimistisch veranlagt ist. Wir halten es überhaupt für durchaus unzweckmäßig, daß man bei Bildung des Landesgesundheitsrates die frühere Wissenschaftliche Deputation für das Medizinalwesen zum Vorbild genommen und seine Tätigkeit mit der einer obergutachtlichen Instanz in gerichtsärztlichen Sachen verquickt hat. Eine solche Tätigkeit hat mit der Fürsorge für öffentliche Gesundheit, für die doch ein

---

[1]) Siehe die Personalien in der heutigen Nummer.

„Landesgesundheitsrat“ allein da sein sollte, absolut nichts zu tun. Sie beeinflußt aber seine Zusammensetzung in nachteiliger Weise und trägt dazu bei, daß zu Mitgliedern des Landesgesundheitsrates Männer ernannt werden müssen, die wohl für das Gebiet der gerichtlichen Medizin usw. als Autoritäten gelten können und nur als solche gelten wollen, aber nicht einmal selbst den Anspruch machen werden, daß sie dies auch auf dem Gebiete des öffentlichen Gesundheitswesens sind. Kommt es dann zu Vollberatungen und soll sich der Landesgesundheitsrat in seiner Gesamtheit über eine Frage schlüssig machen, dann sind sie ebenfalls stimmberechtigt und können dadurch den Ausschlag geben über Sachen, von denen sie nichts verstehen. Jedenfalls wäre es mit Rücksicht auf eine erfolgreiche Tätigkeit des Landesgesundheitsrates weit besser gewesen, wenn ebenso wie für jede Provinz auch für den ganzen Staat ein besonderer gerichtsärztlicher Landesausschuß gebildet wäre, aber völlig getrennt von dem Landesgesundheitsrat. Dann wäre auch der weitere Fehler vermieden, daß nämlich die ärztlichen Mitglieder und unter diesen wieder namentlich die medizinischen Universitätsprofessoren in dem neuen Gesundheitsrat weit überwiegen; denn von 119 Mitgliedern dürften nicht weniger als 24 Professoren der Medizin und sonstige ärztliche Sachverständige sowie 3 Gerichtsärzte lediglich für den künftigen gerichtsärztlichen Ausschuß in Aussicht genommen sein; also mehr als ein Fünftel der Gesamtheit. Durch den Fortfall würde die Gesamtzahl der Mitglieder des Gesundheitsrates auf 92 herabsinken und ungefähr der des Reichsgesundheitsrates entsprechen. Damit würde aber auch die Zahl der ärztlichen Mitglieder sich um die gleiche Ziffer verringern und außerdem würden 17 Mitglieder weniger aus Berlin stammen, beides zweifellos Vorzüge, wenn man bedenkt, daß von der Gesamtzahl der Mitglieder jetzt nicht weniger als 77 = 64,7 %, also zwei Drittel dem ärztlichen Stande angehören bezw. aus ihnen hervorgegangen sind, und daß von der Gesamtzahl nicht weniger als 74 = 62,2 % in Berlin wohnen. Das ist doch kein „Landesgesundheitsrat“, in dem alle Teile des Staates durch Sachverständige vertreten sein sollen, sondern eine Sachverständigenbehörde, in der hauptsächlich Berlin die Hauptrolle spielt; dies hätte man aber gerade jetzt um so mehr vermeiden sollen, als nicht nur in Süddeutschland, sondern auch in Preußen recht viel von dem „Wasserkopf Berlin“ gesprochen wird.

Soweit sich aus der bekanntgegebenen Liste der Mitglieder ein Urteil bilden läßt, gehören 12 dem Ministerium für Volkswohlfahrt an, darunter 7 Mediziner, 1 Chemiker und 4 Verwaltungsbeamte; 7 sind Medizinalbeamte, darunter ein Ministerialdirektor a. D. (Prof. Dr. Kirchner), 2 Reg.- und Med.-Räte (Dr. Solbrig-Breslau und Dr. Kutscher-Gumbinnen), 2 Kreisärzte (Dr. Bundt-Halle und Dr. Margulies Kolberg), 1 Kreis- und Stadtarzt (Dr. Schröder-Altona) und

1 Landesgewerbearzt (Dr. Telecky-Düsseldorf), 3 Kommunalärzte (Dr. Krautwig-Köln, Dr. Oebbeke-Breslau und Dr. Rabnow-Berlin); 16 sind Professoren der Hygiene, Direktoren hygienischer Institute oder Universitätslehrer, die sich mit sozialen Fragen beschäftigt haben, 27 Universitätsprofessoren und sonstige gerichtsärztliche Sachverständige, darunter drei Gerichtsärzte (Dr. Straßmann und Dr. Hoffmann-Berlin, Dr. Puppe-Breslau), 10 Aerzte darunter 1 Aerztin, 2 Militär- bezw. Versorgungsärzte (Dr. Schultze und Dr. Lennhof-Berlin), 4 Zahnärzte, 7 Apotheker, je 1 Drogist u. Dentist, so daß nur noch 39 Mitglieder aus den übrigen Ständen (Verwaltungsbeamte, Juristen, Landtags- und Reichstagsabgeordnete, Bautechniker, Chemiker, Fahrikdirektoren, Gewerkschaftssekretäre, Verbandsdirektoren, Lehrer usw.) übrig bleiben, darunter 5 Frauen. Ob und nach welcher Richtung hin diese 39 Mitglieder Hervorragendes auf dem Gebiete des öffentlichen Gesundheitswesens geleistet haben und deshalb besonders für den Landesgesundheitsrat geeignet sind, läßt sich bei recht vielen von ihnen nicht beurteilen, da sich dies vorläufig noch in ein geheimnisvolles Dunkel hüllt; man wird sich also erst ein Urteil aus ihren Taten bilden können. Hoffentlich erleben wir hierbei eine angenehme und keine bittere Enttäuschung! Wundern muß man sich allerdings in hohem Grade, daß Bürgermeister größerer Städte, von denen sich doch recht viele durch ihre Leistungen auf gesundheitlichem Gebiete einen Namen gemacht haben, vollständig fehlen, ebenso ist z. B. gegenüber dem Reichsgesundheitsrat das Ingenieur- und Baufach viel zu wenig vertreten. Vertreter der Tierarzneikunde und der Landwirtschaft wird man leider vergeblich suchen, gleichsam als ob der Laudesgesundheitsrat auf dem Gebiete der Milchwirtschaft, der Fleischnahrung wie überhaupt der ganzen Volksernährung keine sachverständigen Mitglieder nötig habe. Hier liegt ein großes Manko vor, dessen Beseitigung unbedingt notwendig ist, wenn die Gesamtheit keinen Schaden erleiden soll.

Im übrigen ist es interessant, daß der Staatsministerialbeschluß vom 26. September den Staatsministerialbeschluß vom 9. September völlig ignoriert und von dem schönen Titel „Kreismedizinalrat“ auch keinen Gebrauch macht. Uns soll es sehr lieb sein, wenn dies auch künftighin geschieht. Interessant ist es weiterhin, daß den in Berlin wohnenden Mitgliedern für die Teilnahme an den Sitzungen usw. ein Anwesenheitsgeld von 50 M. gewährt wird, aber auswärtigen Mitgliedern dagegen nur die den Reg.- und Med.-Räten, d. h. den Räten IV. Klasse zustehenden Reisekosten. Das erstere entspricht jedenfalls der Billigkeit, das letztere bedeutet aber nicht nur eine Geringschätzung der auswärtigen Mitglieder, denn der Gesundheitsrat ist doch eine zentrale gutachtliche Behörde, deren Mitglieder wenigstens die Reisekosten der Ministerialräte beanspruchen können, sondern auch eine schwere Belastung

ihres Geldbeutels. Mit den Reisekosten der Reg.- und Med.-Räte kann bekanntlich niemand in Berlin selbst bei bescheidenen Ansprüchen auskommen, sondern muß noch aus eigener Tasche, d. h. als Beamter von seinem Gehalt zusetzen. Daß viele auswärtige Mitglieder des Reichsgesundheitsrates aber kein Gehalt beziehen und während ihres Aufenthaltes in Berlin sogar mitunter infolge ihrer Abwesenheit von Haus Einnahmeverluste haben, daran scheinen die maßgebenden Herren in der Zentralinstanz nicht gedacht zu haben. Eine Aenderung wird sich in dieser Richtung sehr bald als notwendig erweisen, sonst dürfte man auf die Teilnahme der auswärtigen Mitglieder an den Sitzungen des Landesgesundheitsamtes wohl kaum rechnen können.

Aus Versammlungen und Vereinen.

Bericht über die außerordentl. Versammlung des Vereins der Medizinalbeamten der Provinz Sachsen am 12. Februar d. J. in Halle a. S. (Universitätsaugenklinik).

I. Kreisarzt- und Schularztfrage in Landkreisen. Berichterstatter Kreisarzt Dr. **Heimbucher-Liebenwerda** stellt folgende Leitsätze zur Erörterung:

„1. Infolge der durch den Krieg hervorgerufenen Schädigungen, die sich in hohem Maße auch an den Schulen und Schulkindern bemerkbar machen, ist ein Ausbau der schulärztlichen Tätigkeit und die Einführung der Schülerreihenuntersuchungen auch auf dem Lande dringend erforderlich.

2. Auf Grund seiner Dienststellung und seiner sozialhygienischen Vorbildung soll in Landkreisen der Kreisarzt nebenamtlich der Schularzt seines Kreises sein und auch die Reihenuntersuchungen der Schüler selbst ausführen.

3. Ist ihm dieses infolge Ueberlastung oder aus anderen Gründen im ganzen Kreise nicht möglich, so soll er wenigstens in der Kreisstadt und in einem möglichst großen Bezirk in deren Umgebung als Schularzt praktisch tätig sein.

4. Für die übrigen Schulen im Kreise sind geeignete praktische Aerzte nebenamtlich als Schulärzte zu verpflichten.

5. Es ist zweckmäßiger, den Kreis in einige größere Schularztbezirke mit einem Schularzt einzuteilen, als sämtliche praktische Aerzte zum Schularztdienst heranzuziehen; in jedem Falle behält der Kreisarzt bezw. das Kreiswohlfahrtsamt die Oberleitung über die gesamte Schularzteinrichtung.

6. Wünschenswert ist die Forderung einer gewissen schulärztlichen Ausbildung; dringend erforderlich ist die Aufstellung einer gemeinsamen Dienstanweisung, für die ein Schema am besten von der Regierung herausgegeben wird.

7. Das schulärztliche Honorar soll nicht unter 3 M. für den Kopf im Jahr betragen; Kilometergelder sind besonders zu zahlen.

8. Eine gesetzliche Regelung der Schularzteinrichtung für Preußen ist wünschenswert."

Nach sehr lebhafter Aussprache, in der die meisten sich dafür aussprechen, daß der Kreisarzt als Schularzt praktisch mitarbeiten müsse und daß die praktischen Aerzte nicht übergangen werden dürfen, wird dem Vorschlage des Herrn Reg.- und Med.-Rats Dr. Ostermann-Magdeburg zugestimmt, der dahin geht, daß das Provinzialwohlfahrtsamt eine einheitliche Dienstanweisung aufstellen möge, die auf der nächsten Versammlung besprochen werden soll.

II. Die Entwicklung des Krankenversicherungswesens und die Stellung des Kreisarztes zu den Krankenkassen.
Berichterstatter: Med.-Rat Dr. **Laschke-Delitzsch**:

Da die Krankenkassen die vitalsten Interessen der praktischen Aerzte berühren und sich auch weitgehends auf dem Gebiete der sozialen Fürsorge

betätigen, ist es Pflicht des Kreisarztes, der Lage der Krankenkassen seines Kreises seine vollste Aufmerksamkeit zu widmen. An der Hand einer Statistik, die der Kreisarzt aus den jeweiligen Jahresabschlüssen anfertigen kann, ist er in der Lage, die Entwicklung der Krankenkassen zu beobachten und die Beseitigung von Mißständen anzuregen. Alle Berichte der Krankenkassen an das Versicherungsamt müßten deshalb durch die Hand des Kreisarztes gehen. In den kassenärztlichen Vereinigungen könnte er als beratendes Mitglied segensreich wirken und durch enge Fühlung mit den Krankenkassenvorständen für die Fürsorgeeinrichtungen seines Kreises viel erreichen. Jedenfalls ist das Krankenkassengebiet ein Feld, auf dem der Kreisarzt in Zukunft auch mittätig sein muß.

In der Aussprache werden Bedenken geäußert, ob es richtig sei, wenn der Kreisarzt sich um die finanziellen Verhältnisse der Krankenkasse und um die Regelung der kassenärztlichen Verhältnisse kümmere; dagegen solle sich der Kreisarzt, was besonders von Dr. Ostermann-Magdeburg betont wurde, der sozialen Einrichtungen der Kassen annehmen.

IV. Verschiedenes. In längerer Aussprache werden Gebührenfragen und vertrauensärztliche Tätigkeit behandelt. Der Vorsitzende, Med.-Rat Dr. Kluge, bringt zur Sprache, wie der Verein sich dazu stelle, wenn zwangspensionierte Kreisärzte ihre vertrauensärztliche Tätigkeit im Ruhestande beibehalten. Dr. Bundt-Halle a. S. betont, daß dies Fragen des Taktes seien, über die sich im allgemeinen Regeln nicht geben lassen. Er macht weiter darauf aufmerksam, daß der Preußische Medizinalbeamtenverein der Berufsvereinigung höherer Verwaltungsbeamter als korporatives Mitglied angehört, so daß der Sonderbeitritt einzelner Medizinalbeamter überflüssig sei.

Nach der Versammlung fand ein gemeinsames Essen im „Haus der Landwirte" statt; daran nahmen eine ganze Reihe Kollegenfrauen teil, die sich vorher bei Frau Med.-Rat Dr. Bundt zum Tee versammelt hatten.

Dr. **Jorns-Nordhausen.**

Tagesnachrichten.

Am 2. d. M. haben die Medizinalbeamten der Provinz Schleswig-Holstein einen **Medizinalbeamtenverein** gebildet, den Med.-Rat Dr. Schroeder, Kreis- und Stadtarzt in Altona, zum Vorsitzenden, Geh. Med.-Rat Dr. v. Fischer-Benzon, Kreisarzt in Flensburg, zu seinem Stellvertreter und beide Herren als Vertreter zum Vertretertage gewählt. Die Medizinalbeamten des Reg.-Bez. Minden haben auf ihrer Versammlung am 18. d. M. Kreisarzt Med.-Rat Dr. Loer in Paderborn zum Vorsitzenden und Kreisarzt Dr. Angenete in Herford zum Schriftführer sowie beide Herren zum Vertreter bezw. Stellvertreter für den Vertretertag bestimmt. Im Reg.-Bez. Merseburg sind die Kreisärzte Med.-Rat Dr. Bundt-Halle a. S. zum Vertreter und Dr. Rapmund-Querfurt als dessen Stellvertreter für den Vertretertag gewählt.

Nachruf. Am 13. ds. Ms. ist Herr Obermedizinalrat Dr. **Gottlieb von Merkel-Nürnberg** in dem hohen Alter von 86 Jahren infolge einer Lungenentzündung gestorben und damit ein Medizinalbeamter aus dem Leben geschieden, der sich während seiner langjährigen, arbeitsreichen, aber auch erfolgreichen früheren Tätigkeit als Bezirksarzt ganz außerordentliche Verdienste um die Förderung der öffentlichen Gesundheitspflege in seiner Heimatstadt erworben und sich infolge seiner hervorragenden Tüchtigkeit und Sachkenntnis, gepaart mit einer großen persönlichen Arbeitsfreudigkeit nicht nur bei seinen vorgesetzten Behörden und Kollegen in seinem engeren Vaterlande, sondern auch weit darüber hinaus der größten Hochachtung erfreut hat. Bei Gelegenheit der Feier seines 80. Geburtstages haben wir seiner großen Verdienste bereits in dieser Zeitschrift gedacht; sechs Jahre sind ihm seitdem noch zur Freude seiner Familie und seiner zahlreichen Freunde in verhältnismäßig guter körperlicher und vor allem geistiger Frische vergönnt gewesen. Dem Deutschen Medizinalbeamtenverein hat er seit seiner Gründung als Mitglied angehört und seiner Entwicklung stets das größte Interesse entgegengebracht; er ver-

liert in ihm sein ältestes und treuestes Mitglied, dessen Andenken er allezeit in hohen Ehren halten wird!

Nachruf. Am 13. d. M. ist Herr Med.-Rat Dr. **Mayer**, Kreisarzt in Meisenheim, an einem Herzleiden, das er sich auf seinen vielen Dienstreisen zugezogen hat, plötzlich verstorben. Die Aerzte beklagen in ihm einen der erfahrendsten Kollegen in Stadt und Land, der seit mehreren Jahrzehnten in Simmern auf dem Hunsrück als Arzt tätig war und die Kreisarztgeschäfte der Kreise Simmern, St. Goar, Kreuznach und Meisenheim des öfteren vertretungsweise geführt hat, bis er zuletzt seit 1919 mit der Kreisarztstelle Meisenheim und St. Wendel, Baumholder amtlich betraut wurde. Er war aber nicht nur ein tüchtiger, zuverlässiger Arzt und Diagnostiker, sondern er hat auch als medizinischer Schriftsteller einen guten Ruf gehabt. Viele wissenschaftliche Arbeiten in den verschiedensten ärztlichen Zeitschriften waren die Frucht seines scharfen ärztlichen Verstandes und seiner guten Beobachtungsgabe. Er ist ein seltener Mensch gewesen, von ernstestem, wissenschaftlichen Streben, ein zuverlässiger Arzt und ein selten guter und treuer Mensch Alle, die ihn gekannt haben, werden ihm das herzlichste und ehrenvollste Andenken bewahren. Dies wird insbesondere auch der Herausgeber dieser Zeitschrift tun, dem der Verstorbene seit vielen Jahren ein treuer und lieber Mitarbeiter gewesen ist.

Am 14. und 15. August d. J. hat der **Deutsche Desinfektorentag** seine **Jahresversammlung** in Berlin abgehalten. Die Hauptsitzung fand im Polizeipräsidium statt, an der Vertreter der Behörden, zahlreiche Ehrengäste und nahezu 150 Delegierte der Desinfektorenvereine Deutschlands teilnahmen. Nach der Begrüßung durch den Bundesvorsitzenden Schildt sprach zunächst Prof. Dr. v. Vagedes-Spandau über die neue preußische Desinfektionsordnung, dann Prof. Dr. Wilhelmi (Landesanstalt für Wasserhygiene) über die Notwendigkeit der Schädlings- und Parasitenbekämpfung. Im Anschluß daran wurden wirtschaftliche Fragen erörtert. Am folgenden Tage betrafen die Verhandlungen in der Hauptsache den Zusammenschluß der Desinfektorenschaft und die Gründung von Bezirksvereinen, wobei die Mitwirkung der Medizinalbeamten sehr erwünscht und notwendig ist.

In der freien **Stadt Danzig** findet vom 17. bis 23. Oktober eine **Tuberkulose-Bekämpfungswoche** statt, die den Zweck hat, unter Mitwirkung der Aerzteschaft in den einzelnen Teilen der Stadt und in allen wichtigen Orten des Freistaatgebietes aufklärende Vorträge über Tuberkulose zu halten und durch eine umfassende Sammeltätigkeit in den Häusern, Schulen, industriellen Betrieben usw. die zur Errichtung einer Lungenheilstätte erforderlichen Mittel (2,5—3 Millionen Mark) auf dem Wege der privaten Werbung aufzubringen. Es hat sich ferner ein besonderer Geschäftsausschuß gebildet. Mit dankbarer Freude wird es begrüßt werden, wenn auch die Deutschen im Reiche ihren hilfsbedürftigen Volksgenossen in dem kleinen abgetrennten Freistaat tatkräftig durch Spenden unterstützen werden. Geldsendungen sind an den Geschäftsausschuß (Sandgrube 41a) Postscheckkonto Danzig Nr. 1114 zu richten.

Sprechsaal.

Anfrage des Med.-Rat Dr., Kreisarzt in Str.: Kann ein Kreisarzt Terminsgebühr berechnen, wenn er zur Teilnahme an einer **Nachuntersuchung** der gesetzlich gemeldeten **Krüppel** durch den Landeskrüppelarzt aufgefordert war?

Antwort: Nein! Diese Teilnahme gehört zu seinen unentgeltlich zu verrichtenden Dienstobliegenheiten; es stehen ihm deshalb nur bei auswärtigen Terminen Reisekosten und Tagegelder zu.

Anfrage des Kreisarztes Dr. G. in S.: Ist ein als **Blutreinigungstee** bezeichneter und feilgehaltener Tee als Heilmittel anzusehen und demzufolge sein Verkauf nur in Apotheken gestattet?

Antwort: Die bisherigen gerichtlichen Entscheidungen (Kammergericht vom 10. März 1905, Ob. L. G. Köln vom 10. Februar und 19. Juni 1906, Landgericht in Hamburg vom 19. Januar 1907) haben ihn als ein dem freien Verkehr nicht überlassenes Heilmittel angesehen, da er, wie sein Name sagt, zur Verbesserung schlechten Blutes und zur Beseitigung der Folgen mangelhafter Blutbeschaffenheit dienen soll.

Berichtigung. In meiner Abhandlung: „Die neuen Desinfektionsvorschriften in Preußen" in Nr. 18 d. Zeitschrift ist auf S. 387 Anhalt unter den Staaten aufgeführt, die keine gesetzlichen Bestimmungen über die Tuberkulosebekämpfung erlassen haben. Nach Mitteilung des zuständigen Reg.- und Med.-Rats Dr. Schüche in Dessau ist jedoch dort durch die Landespolizei Verordnung betr. die Bekämpfung übertragbarer Krankheiten vom 12. Juli 1906, ebenso wie in Bayern jeder Todesfall an offener Lungen- und Kehlkopftuberkulose, sowie jede Erkrankung an offener Lungen- und Kehlkopftuberkulose bei Schulkindern oder Insassen von Erziehungsanstalten anzeigepflichtig ist mit der wesentlichen Erweiterung, daß „Ermittelungen" bei Lungen- und Kehlkopftuberkulose durch den beamteten Arzt vorgenommen werden können, wenn die Krankheit nicht von einem Arzt angezeigt oder festgestellt ist. Die Verordnung enthält auch Vorschriften über die Ausführung der „laufenden Desinfektion" bei Tuberkulose in den vorgenannten Fällen.

Kiel, den 5. Oktober 1921. Dr. Engelsmann.

Bekanntmachung

des Vorstandes des Preussischen Medizinalbeamten-Vereins.

Der Preußische Medizinalbeamten-Verein hat in seiner Hauptversammlung am 9. September ds. Js. in Nürnberg beschlossen:

„Der Preußische Medizinalbeamten-Verein wird im Sinne des Rapmundschen Satzungsentwurfes reorganisiert. Der Entwurf wird in den bestehenden oder alsbald zu bildenden Bezirksvereinen vorberaten. Die Hauptversammlung berechtigt eine noch in diesem Jahre zu berufende Vertreterversammlung, die Fassung der Satzungen auf Grund dieser Vorberatungen endgültig und bindend festzustellen."

Der Vorstand ersucht auf Grund dieses Beschlusses, die Mitglieder des Vereins in allen Regierungsbezirken schleunigst in die Bildung von Bezirksvereinen einzutreten und in diesen und in den schon bestehenden Bezirksvereinen den Rapmundschen Satzungsentwurf, der in Nr. 19 der Zeitschrift (S. 420) abgedruckt ist, durchzuberaten.

Er ersucht ferner alle Bezirksvereine, sofort Vertreter zu der voraussichtlich Ende November zu berufenden Vertreterversammlung zu wählen und die Namen der Gewählten bis **spätestens 1. November** dem Schriftführer mitzuteilen.

Der Preußische Medizinalbeamten-Verein.

Geh. Med.-Rat Dr. **Wodtke**, Jena, Ernst Häckelplatz 1, III, Vorsitzender.

Med.-Rat Dr. **Bundt**, Halle a. S., Gr. Steinstr. 20, II, Schriftführer.

Verantwortlich für die Schriftleitung: Prof. Dr. Rapmund, Geh. Med.-Rat in Lippspringe.
Druck von J. C. C. Bruns, Minden i. W.

34. Jahrg. Nr. 21 — 5. Nov. 1921.

ZEITSCHRIFT FÜR MEDIZINALBEAMTE

Zentralblatt

für das gesamte Gebiet der gerichtlichen Medizin und Psychiatrie, des staatlichen und privaten Versicherungswesens, sowie für das Medizinal- und öffentliche Gesundheitswesen, einschl. der praktischen und sozialen Hygiene.

Herausgegeben von

Prof. Dr. Otto Rapmund

Geh. Med.-Rat in Bad Lippspringe.

Offizielles Organ des Deutschen, Preussischen, Bayerischen, Sächsischen, Württembergischen, Badischen, Hessischen, Mecklenburgischen, Thüringischen und Braunschweigischen Medizinalbeamtenvereins.

Eine Beilage: Rechtsprechung und Medizinalgesetzgebung

Bezugspreis für das Jahr: 30 M. durch die Post bezogen: 32 M.

VERLAG VON FISCHER'S MEDIZ. BUCHHANDLUNG H. KORNFELD,
Berlin W. 62, Keithstraße 5.

INHALT.

Geschäftsstelle und Versand für die Mitglieder des Medizinalbeamtenvereins durch J. C. C. BRUNS, Buchdruckerei, MINDEN i. WESTF.

Alleinige Anzeigen-Annahme und verantwortlich für den Anzeigenteil: HANS PUSCH, BERLIN SW. 48, Wilhelmstraße 28.

Personalien.

Deutsches Reich und Preussen.

Auszeichnungen: Verliehen: Das Eiserne Kreuz I. Klasse dem Kreisarzt Dr. Dembowski in Zielenzig.

Ernannt: Dr. Gerbis in Erfurt zum Landesgewerbearzt in Halle a. Saale, Dr. Hartwich, Assistent am Pathologischen Institut des Moabiter Krankenhauses zum Kreisassistenzarzt in Seelow (Kreis Lebus), der ehemalige elsaß-lothringische Kreisassistenzarzt Dr. Ludwig Levy zum Kresimedizinalrat in Berleburg (Kreis Wittgenstein), Kreisassistenzarzt Dr. Jürgens in Hagen i. W. zum kommissarischen Kreisarzt in Marienberg (Westerwald), Privatdozent Dr. Aschenheim, Oberarzt an der Kinderklinik in Düsseldorf zum Stadtarzt in Remscheid.

Versetzt: Reg.- und Med.-Rat Dr. Loerch in Trier nach Aachen, die Kreisärzte Dr. Mangold in Königshütte nach Tiegenhof (Freie Stadt Danzig), Dr. Schrammen in Mayen nach Köln a. Rh., Kreisassistenzarzt Dr. Sommerfeld in Breslau nach Waldenburg.

Berichtigung: Bei den Personalien in Nr. 20 muß es unter Preußen und Ernennungen heißen: Kreisarzt (nicht Kreisassistenzarzt Dr. Kownatzki im Freistaat Danzig zum Kreisarzt der Kreise Syke und Sulingen mit dem Amtssitz in Bassum.

Bayern.

Versetzt: Dr. Pütterich, Oberarzt an der Kreis-Heil- und Pflegeanstalt Homburg in gleicher Eigenschaft an die Kreis-Heil- und Pflegeanstalt in Frankenthal unter Beauftragung mit der Leitung dieser Anstalt.

Aus anderen deutschen Staaten.

Ernannt: Privatdozent Dr. G. Wagner in Jena zum Direktor des Medizinaluntersuchungsamts der Freien Stadt Danzig, Dr. Heyse, Oberarzt an der Landes-Heil- und Pflegeanstalt in Bernburg (Anhalt) zum Direktor dieser Anstalt.

Erledigte Stellen.

Preussen.

Zu besetzen: die **nicht vollbesoldete Kreisarztstelle in Mayen** (Reg.-Bezirk Koblenz) sowie die **Kreisassistenzarztstellen in Hagen (Westf.)** und **Breslau.** Bewerbungen sind bis zum 15. November 1921 an das Ministerium für Volkswohlfahrt in Berlin W 66, Leipziger Straße Nr. 3 durch Vermittelung des für den Wohnort des Bewerbers zuständigen Herrn Regierungspräsidenten (in Berlin des Herrn Polizeipräsidenten) einzureichen.

34. Jahrg. Zeitschrift für MEDIZINALBEAMTE 1921.

Zentralblatt
für das gesamte Gebiet der gerichtlichen Medizin und Psychiatrie, des staatlichen u. privaten Versicherungswesens, sowie für das Medizinal- u. öffentliche Gesundheitswesen, einschl. der prakt. u. sozialen Hygiene

Herausgegeben
von
Prof. Dr. Otto Rapmund
Geh. Med.-Rat in Bad Lippspringe.

Offizielles Organ d. Deutschen, Preußischen, Bayerischen, Sächsischen, Württembergischen, Badischen, Hessischen, Mecklenburgischen, Thüringischen u. Braunschweigischen Medizinalbeamtenvereins

Verlag von Fischer's med. Buchhandlung H. Kornfeld
Herzogl. Bayer. Hof- u. K. u. K. Kammer-Buchhändler
Berlin W. 62, Keithstrasse 5

Nr. 21. | Erscheint am 5. und 20. jeden Monats | 5. Nov.

Bericht über die XI. Hauptversammlung des Deutschen Medizinalbeamtenvereins, über die XXXII. Hauptversammlung des Preussischen Medizinalbeamtenvereins und über die XV. Landesversammlung des Bayerischen Medizinalbeamtenvereins[1]

am Sonnabend und Sonntag, den 10. und 11. September in Nürnberg (Künstlerhaus).

Die Versammlung war außerordentlich stark besucht; nicht weniger als 267 Vereinsmitglieder haben daran teilgenommen, darunter 121 aus Preußen, 103 aus Bayern und 43

[1]) Mit Rücksicht auf die großen Kosten hat diesmal eine stenographische Aufnahme der Verhandlungen nicht stattgefunden. Trotzdem wird der Bericht ein zutreffendes Bild von den Verhandlungen geben, da von den Berichterstattern der Wortlaut ihrer Vorträge zur Verfügung gestellt ist — abgesehen von Geh. Med.-Rat Dr. Schultze-Göttingen, der einen sehr ausführlichen Eigenbericht eingesandt hat — und alle sonstigen Ausführungen auf Grund kurzer von den betreffenden Rednern selbst verfaßter Eigenbericht wiedergegeben sind.

aus den übrigen deutschen Ländern. Den Tag zuvor benutzten sowohl der Deutsche, als auch der Preußische und Bayerische Medizinalbeamtenverein zu Vorstandssitzungen, in denen die auf der Tagesordnung der gemeinsamen Hauptversammlung und der beiden Landesversammlungen stehenden Gegenstände besprochen und die zu fassenden Beschlüsse vorbereitet wurden. Am Nachmittag desselben Tages hielt außerdem der Vorstand des Preußischen Medizinalbeamtenvereins zu dem gleichen Zweck eine zweite Sitzung ab, an der die Vertreter aus den einzelnen Provinzen teilnahmen, die von den dortigen Vereinsmitgliedern auf Veranlassung des Vorstandes gewählt waren.

Eine sehr angeregte und lebhafte Stimmung herrschte auf dem **Begrüßungsabend**, der bei prachtvollem und warmem Herbswetter in dem schönen Garten des Künsterhauses stattfand.

A. Gemeinsame Tagung.

Erster Sitzungstag

Sonnabend, den 10. September, vormittags 9½ Uhr, im großen Saale des Künstlerhauses.

I. Eröffnung der Versammlung.

Geh. Med.-Rat Dr. **Wodtke**-Jena, Vorsitzender: M. H.! Ich eröffne die XI. Hauptversammlung des Deutschen Medizinalbeamtenvereins. Wir haben die Ehre und die Freude zahlreiche Vertreter von Ministerien und Behörden [1]) in unserer Mitte begrüßen zu dürfen, die ich alle herzlich willkommen heiße.

H. Geh.-Rat Prof. Dr. **Dieudonné**-München, Ministerialrat im Staatsministerium des Innern, begrüßt die Versammlung im Auftrage der Bayerischen Staatsregierung und heißt sie auf

[1]) Es haben an der Versammlung teilgenommen: Dr. Frey, Direktor im Reichsgesundheitsamt, als Vertreter des Reichsministeriums des Innern und des Reichsgesundheitsamtes, Min.-Direktor Dr. Fritze-Berlin, als Vertreter des Preuß. Justizministeriums, Geh. Rat Prof. Dr. Dieudonné, Ministerialrat im Bayerischen Staatsministerium des Innern, als Vertreter dieses Ministeriums, die sämtlichen acht Oberregierungsräte und Medizinalreferenten bei den Bayerischen Regierungen als Vertreter dieser Regierungen, Geh. Reg.-Rat Dr. Weber, Präsident des Sächsischen Landesgesundheitsamts und Geh. Med.-Rat Prof Dr. Thiele-Dresden als Vertreter dieses Landesgesundheitsamtes, Ober-Med.-Rat Dr. Gnant-Stuttgart als Vertreter des Württembergischen Ministeriums des Innern, Med.-Rat Dr. Stein-Neustrelitz als Vertreter der Mecklenburg-Strelitzschen Regierung, Ob.-Med.-Rat Dr. Schläger-Oldenburg als Vertreter der Oldenburgischen Regierung, Ober-Med.-Rat Dr. Roth-Braunschweig als Vertreter des Braunschweigischen Medizinalkollegiums, Geh. Med.-Rat Dr. Oswald-Sondershausen als Vertreter des Thüringischen Wirtschaftsministeriums und der Landesregierung von Schwarzburg-Sondershausen, Reg.- und Med.-Rat Dr. Neuhaus-Gera als Vertreter der Landesregierung Reuß j. L., Ob.-Reg.-Rat Dr. Corvey, Direktor des Landeswohlfahrtsamtes in Detmold, als Vertreter der Lippischen Regierung; H. Oberbürgermeister Luppe als Vertreter der Stadt Nürnberg sowie mehrere Vertreter des Aerztekammerausschusses und der Aerztekammer in Nürnberg.

das herzlichste in Bayern willkommen, insbesondere die nichtbayerischen Kollegen, mit dem Wunsche, daß sich die Verhandlungen der Versammlung recht fruchtbringend zum Wohle der Gesamtheit gestalten mögen und allen Teilnehmern der Aufenthalt in Bayern, namentlich in dem schönen Nürnberg, in angenehmer Erinnerung bleiben möchte.

(Lebhafter Beifall.)

Herr Oberbürgermeister **Luppe**-Nürnberg schließt sich im Auftrage der Stadt diesem Wunsche an. Er weist darauf hin, daß Nürnberg z. Z. die Stadt der Kongresse sei und nicht nur durch seine berühmten schönen mittelalterlichen Bauten usw., sondern auch in gesundheitlicher Hinsicht manches Sehenswerte biete. Nürnberg habe auch seit kurzem ein Stadtgesundheitsamt unter Leitung des staatlichen Bezirksarztes; die Einrichtung habe sich sehr gut bewährt und könne zur Nachahmung empfohlen werden.

(Lebhafter Beifall.)

Vorsitzender dankt den beiden Herren Vorrednern für ihre freundlichen Begrüßungsworte und fährt dann fort:

M. H.! Die Not der Zeit drückt schwer auf den Beamtenstand. Wenn die Reichsindexziffer der Lebenshaltungskosten für den Monat August bereits auf 1045 gestiegen ist, mithin die Kosten einer Haushaltung gegenüber der Zeit vor dem Kriege mehr als das Zehnfache betragen, während die schon vor dem Kriege sehr knappen Gehälter der höheren Beamten bei Berücksichtigung der Steuerlast sich noch nicht einmal verdreifacht haben, so liegt es auf der Hand, daß gerade in den Familien der höheren Beamten vielfach Not und Elend herrschen, denen ein Gegenwert nicht gegenübersteht. Der Stand der Medizinalbeamten macht keine Ausnahme. Viel zu sehr haben in den letzten Jahren die Gedanken der Deutschen Medizinalbeamten sich sorgenvoll mit der Besoldungsordnung beschäftigen müssen, ist doch die Sicherung der Existenzbedingungen die Vorraussetzung jeder gedeihlichen geistigen Arbeit und einer freudigen Berufstätigkeit.

Zu den Besorgnissen der Medizinalbeamten wegen der Besoldungsordnung gesellten sich die Befürchtungen vor einer Zurücksetzung in der Amtsbezeichnung gegenüber anderen Beamtengruppen mit ähnlicher Vorbildung. Mit Staunen und mit Unwillen sahen die Medizinalbeamten, daß die seit einem Jahrhundert etwa ihnen vorbehaltene Amtsbezeichnung eines Regierungs- und Medizinalrats urplötzlich und freigebig einer neugeschaffenen und sehr zahlreichen Beamtengruppe verliehen und damit entwertet wurde. Eine arge Verdrossenheit bemächtigte sich der Medizinalbeamten, die in einigen Ländern einen kaum zu übertreffenden Hochstand erreichte, eine Verdrossenheit darüber, daß die leitenden Stellen der Gesundheitsverwaltungen in den Ländern, an deren gutem Willen nicht

übrigen deut
er Deutsche,
ntenverein z
dnung der
andesversan
zu fasser
ttag desselb
chen Medizi
reite Sitzung
en teilnahn
ranlassung

ine sehr an
Begrüßungs
vetter in de

A.

Sonnabend,
im

I. F

Geh. Med.
! Ich eröf
inalbeamte
iche Vertr
begrüßen
H. Geh.-R
aatsminist
age der F

[1]) Es haben
ichsgesundhei
eichsgesundh
reuß. Justizm
yerischen Sta
sämtlichen a
rischen Regie
Weber, Prä
-Rat Prof Dr.
s, Ober-Med.-
ischen Minister
r der Mecklen
nburg als Ver
h-Braunschwei
Med.-Rat Dr.
tschaftsminister
sen, Reg.- und
ierung Reuß j. L
rtsamtes in Detm
ster Luppe als
ztekammerausscl

... es nicht vermocht hatten den wohl...
... der Medizinalbeamten zur Erfüllung ...
... Einflußlosigkeit der Gesundheitsve...
... umso schwerer zu begreifen, als der Gru...
... Gesundheit ist das kostbarste Gut d...
... weiten Volkskreisen mehr und mehr zur Geltu...
... Zur Erklärung des zutage getretenen ...
... Mangels an Einfluß der Gesundheitsverwaltung ...
... auf ihre übergroße Abhängigkeit in allen ...
... der inneren Verwaltung hingewiesen, die es ni...
... daß das Gesundheitswesen über den eng...
... der Sicherheitspolizei, in den es früher eingespan...
... längst und weit hinausgewachsen ist. Die Inne...
... hat sich auch nicht davon überzeugen lassen, da...
... Weise des Vorgehens der Sicherheitspolizei grund...
... ist und sein muß von jener Methode der freund...
... Belehrung und Unterstützung, die erst im äußersten ...
... zum Zwange greift, mit der allein aber die Gesundheits-
... ihre Ziele erreichen kann. Die Innere Verwaltung
... wenig Anstoß daran genommen, daß auf dem Umwege
... die Polizei, besonders in der Seuchenbekämpfung, un-
... bringliche kostbare Zeit verloren geht und daß dieser
Zeitverlust für die Gesundheitspflege die übelsten Folgen hat.
... Unter den Medizinalbeamten hat sich die Ueberzeugung
Bahn gebrochen, daß das Gesundheitswesen durchaus unpolitisch
verwaltet werden muß, wenn es dem ganzen Volk ein Segen
sein soll, daß es unter dem Bleidach der Inneren Verwaltung
nicht gedeihen kann, daß es vielmehr der Selbständigkeit bedarf
um zur vollen Entwicklung zu gelangen. Man erinnert sich,
daß die Justiz und das Verkehrswesen einst der Inneren Ver-
waltung unterstellt waren und erst nach ihrer Loslösung als
selbständige Verwaltungszweige eine befriedigende Entwicklung
nahmen. Die Rufe wurden laut „Los von der Polizei!"
... Das Gesundheitswesen den Gesundheits-
... Warum auch nicht? —
... furchtbare Krieg hat gezeigt, daß sich unter den
... Männer von großer organisatorischer
... Verwaltungstalent befanden, die
... notwendig erachtete Aufsicht durch
... Verwaltungsbeamte vollkommen entbehrlich
... der Medizinalbeamten in ihre eigenen
... hat ungemein zugenommen. Warum
... Medizinalbeamten im Gegensatz zu
... unfähig sein das Gesundheitswesen
... in ihre Hände zu nehmen und zu verwalten?
... Forderung der Selbständigkeit der Gesund-
... staatliche und kommunale Medi-
... inne werden, daß
... ren, als sich um

vor 50 Jahren das junge Deutsche Reich ins Leben . schien auch für das Gesundheitswesen ein Frühling n zu sollen. Männer wie Richter, Spiess und ntrapp traten lebhaft dafür ein, daß das Reich die ltung der öffentlichen Gesundheitspflege übernehmen . Es wurde insofern ein Anfang gemacht, als 1876 für Deutsche Reich ein Gesundheitsamt errichtet wurde, dem als verhängnisvolles Patengeschenk der lediglich beratende rakter in die Wiege gelegt wurde. Das Reichsgesundtsamt bewies zwar seine Lebensfähigkeit und Berechtigung, em es am Boden gehalten, mächtig in die Breite wuchs, er ein schlankes Emporsteigen in die Höhe war ihm nicht rgönnt. Das Gesundheitsamt hat das, was man sich bei seiner rrichtung von ihm versprochen hatte, nicht halten können egen seines lediglich beratenden Charakters.

Durch die Reichsverfassung vom 11. August 1919 ist der Reichsgesetzgebung eine sehr weitgehende Betätigungsmöglichkeit im Gesundheitswesen eingeräumt worden, von der freilich, verglichen mit der fieberhaften Tätigkeit auf anderen Gebieten, noch wenig Gebrauch gemacht worden ist. Es kann nunmehr auch die Ausführung der Reichsgesetze in die Hand des Reichs gelegt werden, und wenn Landesbehörden Reichsgesetze auszuführen haben, so ist die Reichsregierung befugt, allgemeine Anweisungen zu erlassen, die für die Behörden unmittelbar bindend sind. Das Reich übt ferner die Aufsicht über das Gesundheitswesen aus und ist ermächtigt zur Ueberwachung der Ausführung der Reichsgesetze Beauftragte zu entsenden. Das Reich vermag im Gesundheitswesen alles nach seinem Sinne zu regeln und es besitzt gegenüber den Ländern die stärkere Staatsgewalt. Wir aber, die wir das Gesundheitswesen vorwärts bringen wollen, müssen unsere Augen wohl oder übel unter Beiseitestellung aller partikularistischen Neigungen zum Reiche erheben.

Die Reichsverfassung von 1919 geht zutreffend davon aus, daß die Gesundheit und ihre Gefährdung im Deutschen Reich die gleiche ist und daß daher die Reichsgesetzgebung im Gesundheitswesen eine gleiche sein kann. Aber gerade im Gesundheitswesen ist die Ausführung der Gesetze, wie wir alle Tage, besonders bei der Seuchenbekämpfung beobachten können, von entscheidender Bedeutung. Für eine gleichmäßige Ausführung der Gesundheitsgesetze ist eine einheitliche Gesundheitsverwaltung die Vorbedingung.

Wenn auch die Gesundheitsverwaltung bei den einzelnen Ländern verbleiben kann, vielleicht sogar zweckmäßig verbleiben muß, so wird doch ein Reichsgesetz über die Organisation des Gesundheitswesens den Ländern Richtlinien weisen müssen, nach denen sie ihre Gesundheitsverwaltung gleichmäßig einzurichten haben, wobei erhebliche Vereinfachung der Verwaltung und auch Kostenersparnisse sich erzielen lassen werden.

gezweifelt werden soll, es nicht vermocht hatten den wohlbegründeten Wünschen der Medizinalbeamten zur Erfüllung zu verhelfen. Die Einflußlosigkeit der Gesundheitsverwaltungen war umso schwerer zu begreifen, als der Grundsatz „Die Gesundheit ist das kostbarste Gut des Menschen“ in weiten Volkskreisen mehr und mehr zur Geltung gekommen war. Zur Erklärung des zutage getretenen bedauerlichen Mangels an Einfluß der Gesundheitsverwaltungen wird allgemein auf ihre übergroße Abhängigkeit in allen Instanzen von der inneren Verwaltung hingewiesen, die es nicht verstehen kann, daß das Gesundheitswesen über den engen Rahmen der Sicherheitspolizei, in den es früher eingespannt worden war, längst und weit hinausgewachsen ist. Die Innere Verwaltung hat sich auch nicht davon überzeugen lassen, daß die Art und Weise des Vorgehens der Sicherheitspolizei grundverschieden ist und sein muß von jener Methode der freundlichen Belehrung und Unterstützung, die erst im äußersten Falle zum Zwange greift, mit der allein aber die Gesundheitsverwaltung ihre Ziele erreichen kann. Die Innere Verwaltung hat ebensowenig Anstoß daran genommen, daß auf dem Umwege über die Polizei, besonders in der Seuchenbekämpfung, unwiederbringliche kostbare Zeit verloren geht und daß dieser Zeitverlust für die Gesundheitspflege die übelsten Folgen hat.

Unter den Medizinalbeamten hat sich die Ueberzeugung Bahn gebrochen, daß das Gesundheitswesen durchaus unpolitisch verwaltet werden muß, wenn es dem ganzen Volk ein Segen sein soll, daß es unter dem Bleidach der Inneren Verwaltung nicht gedeihen kann, daß es vielmehr der Selbständigkeit bedarf um zur vollen Entwicklung zu gelangen. Man erinnert sich, daß die Justiz und das Verkehrswesen einst der Inneren Verwaltung unterstellt waren und erst nach ihrer Loslösung als selbständige Verwaltungszweige eine befriedigende Entwicklung nahmen. Die Rufe wurden laut „Los von der Polizei!“ und „Das Gesundheitswesen den Gesundheitspflegern“! Warum auch nicht? —

Der furchtbare Krieg hat gezeigt, daß sich unter den einberufenen Medizinern Männer von großer organisatorischer Begabung und bedeutendem Verwaltungstalent befanden, die die früher als unumgänglich notwendig erachtete Aufsicht durch Offiziere oder Verwaltungsbeamte vollkommen entbehrlich machten. Das Vertrauen der Medizinalbeamten in ihre eigenen Verwaltungsfähigkeiten hat ungemein zugenommen. Warum sollten denn die deutschen Medizinalbeamten im Gegensatz zu denen anderer Völker unfähig sein das Gesundheitswesen selbständig in ihre Hände zu nehmen und zu verwalten?

In der Forderung der Selbständigkeit der Gesundheitsverwaltung werden staatliche und kommunale Medizinalbeamte sich wieder zusammenfinden und inne werden, daß sie besser tun, gemeinsam höhere Ziele zu verfolgen, als sich um Kirchturmsinteressen gegenseitig zu befehden.

Als vor 50 Jahren das junge Deutsche Reich ins Leben trat, da schien auch für das Gesundheitswesen ein Frühling erblühen zu sollen. Männer wie Richter, Spiess und Varrentrapp traten lebhaft dafür ein, daß das Reich die Verwaltung der öffentlichen Gesundheitspflege übernehmen müsse. Es wurde insofern ein Anfang gemacht, als 1876 für das Deutsche Reich ein Gesundheitsamt errichtet wurde, dem aber als verhängnisvolles Patengeschenk der lediglich beratende Charakter in die Wiege gelegt wurde. Das Reichsgesundheitsamt bewies zwar seine Lebensfähigkeit und Berechtigung, indem es am Boden gehalten, mächtig in die Breite wuchs, aber ein schlankes Emporsteigen in die Höhe war ihm nicht vergönnt. Das Gesundheitsamt hat das, was man sich bei seiner Errichtung von ihm versprochen hatte, nicht halten können wegen seines lediglich beratenden Charakters.

Durch die Reichsverfassung vom 11. August 1919 ist der Reichsgesetzgebung eine sehr weitgehende Betätigungsmöglichkeit im Gesundheitswesen eingeräumt worden, von der freilich, verglichen mit der fieberhaften Tätigkeit auf anderen Gebieten, noch wenig Gebrauch gemacht worden ist. Es kann nunmehr auch die Ausführung der Reichsgesetze in die Hand des Reichs gelegt werden, und wenn Landesbehörden Reichsgesetze auszuführen haben, so ist die Reichsregierung befugt, allgemeine Anweisungen zu erlassen, die für die Behörden unmittelbar bindend sind. Das Reich übt ferner die Aufsicht über das Gesundheitswesen aus und ist ermächtigt zur Ueberwachung der Ausführung der Reichsgesetze Beauftragte zu entsenden. Das Reich vermag im Gesundheitswesen alles nach seinem Sinne zu regeln und es besitzt gegenüber den Ländern die stärkere Staatsgewalt. Wir aber, die wir das Gesundheitswesen vorwärts bringen wollen, müssen unsere Augen wohl oder übel unter Beiseitestellung aller partikularistischen Neigungen zum Reiche erheben.

Die Reichsverfassung von 1919 geht zutreffend davon aus, daß die Gesundheit und ihre Gefährdung im Deutschen Reich die gleiche ist und daß daher die Reichsgesetzgebung im Gesundheitswesen eine gleiche sein kann. Aber gerade im Gesundheitswesen ist die Ausführung der Gesetze, wie wir alle Tage, besonders bei der Seuchenbekämpfung beobachten können, von entscheidender Bedeutung. Für eine gleichmäßige Ausführung der Gesundheitsgesetze ist eine einheitliche Gesundheitsverwaltung die Vorbedingung.

Wenn auch die Gesundheitsverwaltung bei den einzelnen Ländern verbleiben kann, vielleicht sogar zweckmäßig verbleiben muß, so wird doch ein Reichsgesetz über die Organisation des Gesundheitswesens den Ländern Richtlinien weisen müssen, nach denen sie ihre Gesundheitsverwaltung gleichmäßig einzurichten haben, wobei erhebliche Vereinfachung der Verwaltung und auch Kostenersparnisse sich erzielen lassen werden.

Die Zeit ist dafür reif, daß das vor 50 Jahren vergeblich geforderte Organisationsgesetz über die Gesundheitsverwaltung im Deutschen Reich nunmehr ausgearbeitet und beschlossen wird. Dieses unentbehrliche Organisationsgesetz muß der Gesundheitsverwaltung nicht nur die erforderliche Selbstständigkeit, sondern auch den ihr gebührenden Einfluß im Staatsleben sicher stellen. Das müssen wir und werden wir erreichen. Sursum corda!

(Lebhafter Beifall!)

II. Geschäfts- und Kassenbericht.

Der Schriftführer, Herr Prof. Dr. **Sieveking**-Hamburg, erstattet den Geschäfts- und Kassenbericht für die Jahre 1919 und 1920. Die Abrechnung für 1919 ist bereits in der Zeitschrift für Medizinalbeamte (Jg. 1920, Nr. 1, S. 20) veröffentlicht und hat mit einem Ueberschuß von 566,07 M. abgeschlossen. Für das Jahr 1920 ergiebt sich, da keine Hauptversammlung stattgefunden hat, ein Ueberschuß von 2849,63 M. Die Kapitalertragssteuer ist dem Deutschen Medizinalbeamtenverein erlassen. Die Abrechnungen sind von den gewählten Rechnungsprüfern geprüft und richtig befunden. Im Laufe dieses Jahres sind nun die Geschäftsunkosten des Vereins und die Herstellungskosten der Zeitschrift für Medizinalbeamte so gestiegen, daß der bisherige Beitrag nicht mehr ausreicht; der Vorstand hält deshalb eine Erhöhung auf 40 M. für nötig. Dieser Betrag würde dann auch von jedem Mitgliede des Preußischen und Bayerischen Medizinalbeamtenvereins an die Vereinskasse abzuführen und von dieser dafür der Bezugspreis für die Vereinszeitschrift und die Unkosten für die Hauptversammlungen und Vorstandssitzungen des Deutschen Medizinalbeamtenvereins allein zu tragen sein. Der Schriftführer bittet, diesen Antrag des Vorstandes zu genehmigen und ihm Entlastung zu erteilen.

Der **Vorsitzende** fragt, ob die Versammlung mit der Erhöhung des Beitrages auf 40 Mk. für das Jahr 1922 und mit Erteilung der Entlastung einverstanden sei.

Die Erhöhung des Beitrages auf 40 M.
und Entlastung des Schriftführers
werden einstimmig genehmigt.

Herr Prof. Dr. **Sieveking**: Der Mitgliederbestand beträgt z. Z. 1344, davon aus Preußen 754, aus Bayern 310, aus den übrigen Deutschen Ländern 280. Die Mitgliederzahl hat also leider seit 1920, wo sie 1393 betrug, einen erheblichen Rückgang erfahren; wir dürfen deshalb nicht müde werden, neue Mitglieder zu werben! Erfreulicherweise sind der Preußische, Bayerische, Württembergische und Mecklenburgische Landesverein korporativ dem Deutschen Medizinalbeamtenverein beigetreten; hoffentlich folgen die übrigen Landesvereine bald diesem guten Beispiel.

Seit Oktober 1919, der letzten gemeinsamen Tagung, sind 60 Mitglieder verstorben;[1]) darunter bedauert der Vorstand besonders den Verlust von zwei langjährigen hochverdienten, treuen Mitgliedern: Ob.-Med.-Rat Dr. v. D'All-Armi-München und Geh. Ob.-Med.-Rat Hauser-Darmstadt.

Die Versammlung ehrt das Andenken der Verstorbenen durch Erheben von den Sitzen.

Der Vorstand ist dauernd bestrebt gewesen, die Unkosten durch Beschränkung der Vorstandsmitglieder zu ermäßigen. Im Jahre 1916 hatte der Vorstand noch 16 Mitglieder, da es damals zweckmäßig erschien, die Bundesstaaten möglichst vollzählig in ihm vertreten zu sehen. Durch Todesfälle und den Verlust von Elsaß-Lothringen ist jetzt die Zahl der Vorstandsmitglieder auf 12 zusammengeschrumpft, wie die Satzungen es ursprünglich vorschrieben. Davon entfallen auf Preußen 3, Bayern 2, Sachsen, Württemberg, Baden mit Hessen, Thüringische Staaten mit Braunschweig und Anhalt, die Hansestädte mit Oldenburg und Mecklenburg je 1 Vertreter. Dazu kommen zwei Vorstands-

---

[1]) **a) Vom 31. Oktober 1919 bis 31. Dezember 1920.**

1. Dr. Altendorf, Geh. Med.-Rat, Kreisarzt a. D. in Prüm (Rheinland).
2. - Beitzke, Kreisarzt in Tuchel (Westpreußen).
3. - Boecale, Ober-Med.-Rat, Bezirksarzt a. D. in Regensburg.
4. - Bremer, Med.-Rat, Kreisarzt a. D. in Berent (Westpreußen).
5. - Claus, Geh. Med.-Rat, Kreisarzt a. D. in Warburg (Westfalen).
6. - Franz, Med.-Rat, Bezirksarzt in Schleiz (Thüringen).
7. - Gottschalk, Geh. Med.-Rat, Kreisarzt in Kottbus.
8. - Häbler, Geh. Med.-Rat, Kreisarzt a. D. in Nordhausen.
9. - Hauser, Geh.-Ober-Med.-Rat in Darmstadt.
10. - Helming, Geh. Med.-Rat u. Kreisarzt in Ahaus (Westfalen).
11. - Helmkampf, Geh. San.-Rat, Physikus in Saalfeld a. S. (Thür.).
12. - Hoepfel, Bezirksarzt in Rottenburg (Niederbayern).
13. - Hofmann, Med.-Rat, Bezirksarzt a. D. in Mellrichstadt (Unterfr.).
14. - Kaestle, Oberamtsarzt in Wangen (Württemberg).
15. - Krosz, San.-Rat in Horst (Holstein), staatsärztl. approb. .
16. - Kuhnt, Geh. Med.-Rat, Kreisarzt a. D. in Berlin (früher in Neu-Ruppin).
17. - Lübbe, prakt. Arzt in Wilster (Holstein), staatsärztl. approb.
18. - Malisch, Kreisarzt in Pleß (Oberschlesien).
19. - Marx, Gerichtsarzt in Berlin.
20. - Meder, Geh. Med.-Rat, Kreisarzt a. D. in Altenkirchen (Rheinl.).
21. - Moeli, Geh. Ober-Med.-Rat und Professor in Berlin.
22. - Mulert, Med.-Rat, Kreisarzt in Waren (Mecklenb.-Schwerin).
23. - Neumannn, Kreisarzt beim Med.-Untersuchungsamt in Koblenz (Wohnsitz: Bad Ems).
24. - Paulini, Med.-Rat, Kreisarzt a. D. in Wiesbaden.
25. - Peetz, Kreisarzt in Gnoien (Mecklenburg-Schwerin).
26. - Petermöller, Kreisassistenzarzt a. D. in Oelde (Westfalen).
27. - Raab, Med.-Rat, Bezirksarzt in Ansbach (Bayern).
28. - Sachs, San.-Rat in Pollnow (Pomm.), staatsärztl. approb.
29. - Schenk, Med.-Rat, Kreisarzt in Lauterbach (Hessen).
30. - Schrakamp, Med.-Rat, Prof., Kreis- u. Stadtarzt in Düsseldorf.
31. - Sell, Med.-Rat, Bezirksarzt a. D. in Dillingen (Schwaben).
32. - Stöltzing, Med.-Rat, Kreisarzt in Ziegenhain (Reg.-Bez. Kassel).
33. - Thenn, Med.-Rat, Bezirksarzt in Beilngrün (Oberpfalz).
34. - v. Thon-Dittmer, Freiherr, Landgerichtsarzt in Eichstätt (Bayern).

mitglieder, beide aus Preußen, die als Fachvertreter der gerichtlichen Medizin und Psychiatrie gewählt sind. Der Vorstand schlägt vor, diese Art der Zusammensetzung des Vorstandes auch künftig beizubehalten.

(Allgemeine Zustimmung.)

II. Bericht über die Entwürfe zu einem Deutschen Strafgesetzbuch.

(Vorentwurf 1909, Entwurf der Strafrechtskommission 1913 und Entwurf 1919).

A. Vom Standpunkt des Irrenarztes.

Berichterst. H. Geh. Med.-Rat Prof. Dr. **Schultze**-Göttingen:[1]) Nachdem der Deutsche Medizinalbeamtenverein in seiner Tagung von 1910 den 1909 erschienenen Vorentwurf zu einem Deutschen Strafgesetzbuch einer eingehenden Besprechung unterworfen hat, erwächst ihm jetzt dieselbe Aufgabe gegenüber dem vor kurzem veröffentlichten neuen Entwurf zu einem

35. - Wachs, Med.-Rat, Kreisarzt in Wittenberg (Reg.-Bez. Merseburg).
36. - Windheuser, Med.-Rat, Kreisarzt a. D. in Höchst a. Main.
37. - Wollermann, Geh. Med.-Rat, Kreisarzt a. D. in Heiligenbeil (Ostpreußen).

b) Vom 1. Januar bis 1. September 1921.

1. Dr. Albert, Geh. Med.-Rat, Kreisarzt a. D. in Meisenheim (Rheinl.).
2. - Barth, Geh. Med.-Rat, Kreisarzt in Bassum (Reg.-Bez. Hannover).
3. - Becker, Bezirksarzt in Feuchtwangen (Bayern).
4. - Behla, Geh. Med.-Rat, Mitglied u. Leiter der Med.-Abteilung des Preuß. Statistischen Landesamtes in Charlottenburg.
5. - Biedermann, Polizeiarzt in Rudolstadt.
6. - Broll, Geh. Med.-Rat, Kreisarzt a. D. in Pleß (Oberschlesien).
7. - Creite, Geh. San.-Rat, Kreisarzt in Schöningen (Braunschweig).
8. - v. D'All-Armi, Ritter, Ober-Med.-Rat, Bezirksarzt a. D. in München.
9. - Dollmann, Landgerichtsarzt in Regensburg.
10. - Eccard, Ober-Med.-Rat, Direktor der Kreisirrenanstalt in Frankenthal (Pfalz).
11. - Hartmann, Med.-Rat, Kreisarzt a. D. in München.
12. - Herberich, Arzt an der Irrenanstalt in Gmünden (Unterfrank.).
13. - Kloss, Med.-Rat, Kreisarzt in Striegau (Schlesien).
14. - Kullmann, Med.-Rat, Kreisarzt in Bensheim (Hessen).
15. - Leppmann, Geh. Med.-Rat, Kreisarzt und Strafanstaltsarzt in Berlin.
16. - Lüderitz, Med.-Rat, Direktor der Landesirrenanstalt in Blankenstein (Thüringen).
17. - Mangelsdorf, Ober-Med.-Rat, Bezirksarzt in Gmünden (Unterfranken).
18. - Rieger, Med.-Rat, Kreisarzt in Breslau.
19. - Schäfer, Ober-Med.-Rat, Bezirksarzt a. D. in Sulzbach (Oberpfalz).
20. - Stoffels Kreisarzt in Köln a. Rhein.
21. - Telschow, Geh. Med.-Rat, Kreisarzt in Spandau.
22. - Thienel, Med.-Rat, Kreisarzt a. D. in Groß-Strehlitz (Ob.-Schles.).
23. - Woerner, Med.-Rat, Bezirksarzt in Ueberlingen (Baden).

[1]) Der sehr ausführliche Vortrag wird im Wortlaut in der Zeitschrift für die gesamte Neurologie und Psychiatrie veröffentlicht werden.

Deutschen Strafgesetzbuch von 1919, zumal auch dieser, der ebenfalls wie der Vorentwurf ausdrücklich als nichtamtliche Arbeit bezeichnet wird, mit dem Ersuchen um eine Kritik aller Beteiligten publiziert worden ist. Nach den in der Presse erschienenen Mitteilungen hat die Regierung die Absicht, noch im Laufe dieses Winters dem Reichstag den amtlichen Entwurf zu einem Deutschen Strafgesetzbuch, der vermutlich nicht wesentlich von dem jetzt vorliegenden Entwurf von 1919 abweichen wird, vorzulegen.

Der Entwurf geht die Medizinalbeamten vor allem insoweit an, als er den Arzt in seiner Eigenschaft als gerichtsärztlichen Sachverständigen betrifft. Der Berichterstatter hat das Referat über den psychiatrischen Teil übernommen und seinen Stoff in der Weise angeordnet, daß er der Reihe nach die Stellung der Geisteskranken, der Trunkenen und Trunksüchtigen, sowie die der Kinder und Jugendlichen im Entwurf bespricht. Bei jeder der drei Gruppen erörtert er die Frage der Zurechnungsfähigkeit und die Fassung der für sie maßgebenden Gesetzesbestimmungen, die etwaige Bestrafung hinsichtlich ihrer Begründung, ihres Maßes und ihres Vollzugs, sowie die Maßregeln der Besserung und Sicherung.

I a. Der Entwurf § 18, der die Frage der **Zurechnungsfähigkeit**[1]) regelt, verdient insofern den Vorzug vor § 63 des Vor-

---

[1]) Die betreffenden Bestimmungen lauten:

a. im jetzigen Strafgesetzbuch:

„§ 51. Eine strafbare Handlung ist nicht vorhanden, wenn der Täter zur Zeit der Begehung der Handlung sich in einem Zustande von Bewußtlosigkeit oder krankhafter Störung der Geistestätigkeit befand, durch welchen seine freie Willensbestimmung ausgeschlossen war.“

b. im Vorentwurf von 1909:

„§ 63. Nicht strafbar ist, wer zur Zeit der Handlung geisteskrank, blödsinnig oder bewußtlos war, so daß dadurch seine freie Willensbestimmung ausgeschlossen wurde.

War die freie Willensbestimmung durch einen der vorbezeichneten Zustände zwar nicht ausgeschlossen, jedoch in hohem Grade vermindert, so finden hinsichtlich der Bestrafung die Vorschriften über den Versuch (§ 76) Anwendung. Zustände selbstverschuldeter Trunkenheit sind hiervon ausgenommen.

Freiheitsstrafen sind an den nach Abs. 2 Verurteilten unter Berücksichtigung ihres Geisteszustandes und, soweit dieser es erfordert, in besonderen, für sie ausschließlich bestimmten Anstalten oder Abteilungen zu vollstrecken.“

c. im Entwurf 1919:

„§ 18. Nicht zurechnungsfähig ist, wer zur Zeit der Tat wegen Bewußtseinsstörung, wegen krankhafter Störung der Geistestätigkeit oder wegen Geistesschwäche unfähig ist, das Ungesetzliche der Tat einzusehen, oder seinen Willen dieser Einsicht gemäß zu bestimmen.

War die Fähigkeit zur Zeit der Tat aus einem dieser Gründe nur in hohem Grade vermindert, so ist die Strafe zu mildern (§ 111). Dies gilt nicht bei Bewußtseinsstörungen, die auf selbstverschuldeter Trunkenheit beruhten.

§ 52. Bei der Vollstreckung von Freiheitsstrafen gegen vermindert Zurechnungsfähige ist deren Geisteszustand zu berücksichtigen. Wenn dieser es erfordert, sind die Gefangenen in besonderen Anstalten oder Abteilungen unterzubringen; Zuchthausgefangene sind von anderen Gefangenen, soweit möglich, getrennt zu halten.“

entwurfs, als er auf die Ausdrücke geisteskrank, blödsinnig und bewußtlos verzichtet und statt deren von Bewußtseinsstörung, krankhafter Störung der Geistestätigkeit und Geistesschwäche spricht. Freilich erscheint die besondere Erwähnung der Geistesschwäche nicht mehr notwendig nach Einführung der sehr viel umfassenderen Ausdrucksweise „krankhafte Störung der Geistestätigkeit". Erfreulicherweise sieht der Entwurf auch von der im Vorentwurf angewandten Bezugnahme auf die freie Willensbestimmung ab, die uns allen aus § 51 des geltenden Strafrechts sattsam bekannt ist, sondern hält den für nicht zurechnungsfähig, der zur Zeit der Tat infolge einer geistigen Störung „unfähig ist, das Ungesetzliche der Tat einzusehen oder seinen Willen dieser Einsicht gemäß zu bestimmen." Besser wäre es noch, wenn der Entwurf die Worte „seinen Willen dieser Einsicht gemäß zu bestimmen" durch die sehr viel einfachere und zum mindesten ebenso deutliche Ausdrucksweise „dieser Einsicht gemäß zu handeln" ersetzt hätte, wie es seiner Zeit Aschaffenburg vorgeschlagen hat und wie es der Regierungsentwurf eines Oesterreichischen Strafgesetzbuches von 1912 in seinem § 3 getan hat. Die Fassung des § 18 im Entwurf ermöglicht ohne weiteres die Bestrafung des Mittäters, wenn der Täter unzurechnungsfähig oder, richtiger gesagt, zurechnungsunfähig ist.

Als Maßregeln der Besserung und Sicherung sieht der Entwurf § 88[2]) die Schutzaufsicht, eine dem jetzt geltenden Strafrecht und dem Vorentwurf fremde Einrichtung, vor und Verwahrung in einer öffentlichen Heil- und Pflegeanstalt — unter der für beide Fälle gemeinsamen Voraussetzung, daß „die öffentliche Sicherheit" es erfordert; besser spräche man von einer Gefährdung der Rechtssicherheit. Das Gericht ordnet die Verwahrung an, die die Landespolizeibehörde bewirken muß. Ein erfreulicher Fortschritt gegenüber den jetzt herrschen-

---

[2]) „§ 88. Wird jemand nach § 18 Abs. 1 wegen fehlender Zurechnungsfähigkeit freigesprochen oder außer Verfolgung gesetzt, oder nach § 18 Abs. 2 als vermindert zurechnungsfähig verurteilt, so ordnet das Gericht seine Verwahrung in einer öffentlichen Heil- oder Pflegeanstalt an, falls die öffentliche Sicherheit diese Maßregel erfordert.

Genügt Schutzaufsicht, so ist diese anzuordnen.

§ 89. Die Verwahrung bewirkt die Landespolizeibehörde.

Ist auf die Verwahrung neben einer Freiheitsstrafe erkannt worden, so verbüßt der Verurteilte zunächst die Strafe. Ist die Verwahrung durch den Strafvollzug überflüssig geworden, so wird der Verurteilte nicht mehr in der Heil- oder Pflegeanstalt untergebracht; dies gilt auch dann, wenn der Verurteilte aus der Strafhaft vorläufig entlassen und die Entlassung nicht widerrufen wird.

Hat das Gericht dem Verurteilten bedingte Strafaussetzung bewilligt, so wird er in der Heil- oder Pflegeanstalt untergebracht, sobald das Urteil rechtskräftig geworden ist; die Zeit, die er in der Anstalt zugebracht hat, wird auf die Probezeit angerechnet.

§ 90. Über die Entlassung bestimmt die Landespolizeibehörde.

Eine Fortdauer der Verwahrung über zwei Jahre hinaus kann nur das Gericht anordnen. Ordnet es die Fortdauer an, so bestimmt es zugleich, wann seine Entscheidung von neuem einzuholen ist."

den Zuständen! Daß aber die Landespolizeibehörde nach § 90 auch über die Entlassung bestimmen soll, erscheint nicht unbedenklich. Richtiger wäre es, dem Gericht auch diese Entscheidung zu übertragen, zumal nach dem Entwurf ausdrücklich dem Gericht die Befugnis zugesprochen wird, die Fortdauer der Verwahrung über 2 Jahre hinaus anzuordnen.

I b. Der Vorentwurf hatte bereits die **verminderte Zurechnungsfähigkeit** anerkannt. Auf denselben Standpunkt stellt sich der Entwurf und schließt sich somit einer von vielen Juristen und Psychiatern erhobenen Forderung an, deren Berechtigung gelegentlich der kritischen Besprechung des Vorentwurfs von durchaus beachtenswerter Weise bestritten wurde. Bedenken, die gegen die Einführung einer verminderten Zurechnungsfähigkeit erhoben sind, wird der Entwurf gerecht, indem er sich nicht nur mit einer Milderung der Strafe begnügt, sondern darüber hinaus eine Verwahrung ausdrücklich vorsieht, wie es auch bereits der Vorentwurf getan hatte. Die Fassung der die Zurechnungsfähigkeit regelnden Bestimmung gestattet ohne weiteres ihre Anwendung auch für die Abgrenzung einer verminderten Zurechnungsfähigkeit. Immerhin ist zu erwägen, ob nicht statt der von dem Entwurf gewählten Ausdrucksweise „nur im hohen Grade vermindert" die schon gelegentlich der Besprechung des Vorentwurfs vorgeschlagene Fassung „erheblich (oder wesentlich) vermindert" genügt. Eine allgemeiner gehaltene Gesetzesbestimmung erscheint nicht unbedingt geboten; der Entwurf gibt dem Richter mit der von ihm vorgeschlagenen Fassung durchaus die Möglichkeit, der Eigenart des Täters gerecht zu werden.

Die Strafmilderung ist nach dem Entwurf geboten. Für die Strafabmessung ist nicht mehr die Versuchsstrafe, wie im Vorentwurf, maßgebend; eine Bestimmung, gegen die von vielen Seiten, vor allem auch von Juristen, mit Recht Bedenken erhoben werden.

Die Schutzaufsicht kann nur bei den mehr passiven, indolenten Persönlichkeiten in Betracht kommen. Bei den aktiven vermindert zurechnungsfähigen Rechtsbrechern ist die Verwahrung geboten. Auch natürlich nur, wenn die Rechtssicherheit es erfordert, und erst nach Abbüßung der Strafe. Wenn aber der Entwurf die öffentlichen Heil- und Pflegeanstalten als den Ort der Verwahrung vorschreibt, so ist hiergegen vom psychiatrischen Standpunkt aus sehr bestimmt Einspruch zu erheben. Die öffentlichen Heil- und Pflegeanstalten dienen, sofern der Entwurf mit dieser Bezeichnung die Irrenanstalten meint, zur Behandlung und Pflege kranker Personen, aber nicht zur Verwahrung von, wenn auch pathologischen, so doch immerhin zurechnungsfähigen Individuen. Es bedarf vielmehr der Errichtung besonderer Zwischenanstalten, die am besten unter eine psychiatrische Leitung gestellt werden. Ihre Einrichtung und ihr Betrieb ist so zu ge-

stalten, daß die Oeffentlickeit hinreichend geschützt wird, ohne daß den vermindert Zurechnungsfähigen ein vermeidbarer Schaden aus ihrer Verwahrung, deren Dauer sich von vornherein nicht übersehen läßt, erwächst. Die Mitwirkung der Polizeibehörde ist bei der Verwahrung der vermindert Zurechnungsfähigen in derselben Weise geregelt, wie bei den Zurechnungsunfähigen; auch hier gelten die schon oben vorgebrachten Bedenken. Vor allem ist auch hier zu verlangen, daß eine ausgiebige Mitwirkung der Fachärzte, die vor allem über den Zeitpunkt der Entlassung gehört werden müssen, auch durch die Ausführungsbestimmungen gesichert wird.

II. Der Entwurf berücksichtigt gleich dem Vorentwurf sehr viel ausgiebiger, als das geltende Strafrecht, die **Trunkenen** und **Trunksüchtigen.**[8]) Ihre Zurechnungsfähigkeit wird durch den bereits besprochenen § 18 des Entwurfs geregelt, nur mit der Ausnahme, daß die durch selbstverschuldete Trunkenheit bedingte verminderte Zurechnungsfähigkeit die für diese vorgesehene Strafmilderung ausschließt. So berechtigt dieser Standpunkt erscheint, der nicht sowohl die geistige Störung, als vielmehr deren Ursache berücksichtigt, so muß doch vom ärztlichen Standpunkt aus auf die Schwierigkeit hingewiesen

---

[8]) Die in Bezug auf Trunkene und Trunksüchtige in Betracht kommenden Bestimmungen lauten:

a. im geltenden Strafgesetzbuch:

„§ 361. Mit Haft wird bestraft:

5. wer sich dem Spiel, Trunk oder Müßiggang dergestalt hingibt, daß er in einen Zustand gerät, in welchem zu seinem Unterhalte oder zum Unterhalte derjenigen, zu deren Ernährung er verpflichtet ist, durch Vermittelung der Behörde fremde Hilfe in Anspruch genommen werden muß."

b. im Vorentwurf von 1909:

„§ 43. Ist eine strafbare Handlung auf Trunkenheit zurückzuführen, so kann das Gericht neben der Strafe dem Verurteilten den Besuch der Wirtshäuser auf die Dauer bis zu einem Jahr verbieten. Ist Trunksucht festgestellt, so kann das Gericht neben einer mindestens zweiwöchigen Gefängnis- oder Haftstrafe die Unterbringung des Verurteilten in eine Trinkerheilanstalt bis zu seiner Heilung, jedoch höchstens auf die Dauer von zwei Jahren anordnen, falls diese Maßregel erforderlich erscheint, um den Verurteilten wieder an ein gesetzmäßiges und geordnetes Leben zu gewöhnen.

§ 64 War der Grund der Bewußtlosigkeit selbstverschuldete Trunkenheit und hat der Täter in diesem Zustand eine Handlung begangen, die auch bei fahrlässiger Begehung strafbar ist, so tritt die für die fahrlässige Begehung angedrohte Strafe ein.

§ 306. Mit Geldstrafe bis zu dreihundert Mark oder mit Haft oder Gefängnis bis zu drei Monaten wird bestraft:

3. wer sich durch eigenes Verschulden in einen Zustand von Trunkenheit versetzt, in dem er eine grobe Störung der öffentlichen Ordnung oder eine persönliche Gefahr für andere verursacht.

§ 309. Mit Geldstrafe bis zu einhundert Mark oder mit Haft bis zu einem Monat wird bestraft:

6. wer in einem Zustande selbstverschuldeter Trunkenheit, der geeignet ist, Ärgernis zu erregen, an einem öffentlichen Ort betroffen wird.

Auf Grund dieser Entscheidung hat die Landespolizeibehörde für die Unterbringung zu sorgen. Sie ist befugt, den Untergebrachten im Falle seiner früheren Heilung auch vor dem Ablaufe der bestimmten Zeit aus der Anstalt zu entlassen."

werden, die die Deutung des Begriffs der Selbstverschuldung in seiner Bezugnahme auf Trunkenheit dem ärztlichen Sachverständigen macht. Natürlich ist die Trunkenheit selbstverschuldet, die von dem Täter mit der Absicht, strafrechtlich zu handeln, herbeigeführt ist; aber diese Fälle bilden die Ausnahme, und der Beweis des Absichtlichen ist schwer zu erbringen.

Erfreulicherweise verläßt der Entwurf den Standpunkt, den der Vorentwurf in dem fast einmütig abgelehnten § 64 eingenommen hat; er sieht vielmehr entsprechend dem § 190 des Gegenentwurfs eine Strafe für die sinnlose Trunkenheit vor, in die sich der Täter vor Begehung der strafbaren, ihm nicht zurechenbaren Handlung selbstverschuldet versetzt hat; somit wird die Verursachung eines die Zurechnungsunfähigkeit nach sich ziehenden Zustandes bestraft. Man kann dem Entwurf nur beipflichten, wenn er die grobe Trunkenheit des Vorentwurfs § 309 Nr. 6 nicht übernommen hat, das heißt die Bestrafung desjenigen, der in einem Zustande selbstverschuldeter Trunkenheit, der geeignet ist, Aergernis zu erregen, an einem öffentlichen Ort betroffen wird.

---

c. im Entwurf von 1919:

„§ 91. Wird jemand, der zu Ausschreitungen im Trunke neigt, wegen einer Straftat, die er in selbstverschuldeter Trunkenheit begangen hat, oder wegen sinnloser Trunkenheit (§ 274) verurteilt, so kann ihm das Gericht für eine bestimmte Frist verbieten, sich in Wirtshäusern geistige Getränke verabreichen zu lassen.

Das Verbot ist nur zulässig, wenn auf eine Freiheitsstrafe von höchstens 6 Monaten oder auf Geldstrafe oder auf Verweis erkannt wird.

Die Frist ist mindestens auf 3 Monate und höchstens auf ein Jahr zu bemessen. Sie wird von dem Tage berechnet, an dem das Urteil rechtskräftig wird; die Zeit, während welcher der Verurteilte eine Freiheitsstrafe verbüßt, wird in die Frist nicht eingerechnet.

§ 92. Wird ein Trunksüchtiger wegen einer Straftat, die er in der Trunkenheit begangen hat, oder wegen sinnloser Trunkenheit (§ 274) zu Strafe verurteilt, so ordnet das Gericht seine Unterbringung in einer Trinkerheilanstalt an, falls diese Maßregel erforderlich ist, um ihn an ein gesetzmäßiges und geordnetes Leben zu gewöhnen.

Genügt Schutzaufsicht, so ist diese anzuordnen.

§ 93. Die Unterbringung in der Trinkerheilanstalt bewirkt die Landespolizeibehörde.

Die Vorschriften des § 89 Abs. 2, 3 gelten entsprechend.

§ 94. Die Landespolizeibehörde entläßt den Verurteilten aus der Trinkerheilanstalt, sobald der Zweck der Maßregel erreicht ist. Dabei kann sie ihm besondere Pflichten auferlegen; sie kann ihn auch unter Schutzhaft stellen.

Stellt sich heraus, daß der Zweck der Maßregel noch nicht erreicht war, so kann die Landespolizeibehörde die Entlassung widerrufen.

Mit Ablauf einer Frist von 2 Jahren, von der ersten Unterbringung an gerechnet, erreichen alle Maßnahmen, die auf Grund der Anordnung des Gerichts getroffen worden sind, ihr Ende.

§ 274. Wer sich schuldhaft in Trunkenheit versetzt, wird mit Gefängnis bis zu sechs Monaten oder mit Geldstrafe bis zu dreitausend Mark bestraft, wenn er eine Handlung begeht, wegen deren er nicht bestraft werden kann, weil er infolge der Trunkenheit nicht zurechnungsfähig war.

Ist der Täter schon früher wegen sinnloser Trunkenheit oder wegen strafbarer Ausschreitungen im Trunke verurteilt worden, so ist die Strafe Gefängnis bis zu 2 Jahren oder Geldstrafe.

In besonders leichten Fällen kann von Strafe abgesehen werden."

Die mildeste der sichernden oder bessernden Maßnahmen, die Schutzaufsicht, verspricht vor allem Erfolg, wenn der Fürsorger selbst abstinent oder gar Mitglied eines Enthaltsamkeitsvereins ist und seinem Schützling der Eintritt in einen Abstinenzverein zur Pflicht gemacht wird. Ueberhaupt müßten dem Fürsorger auch weitgehende Rechte eingeräumt werden, wenn er seinen Pflichten nachzukommen Aussicht haben soll.

Der Entwurf (§ 91) hat das viel umstrittene Wirtshausverbot unter voller Anerkennung aller vorgebrachten Bedenken aus dem Vorentwurf (§ 43) übernommen, freilich unter mannigfacher Aenderung hinsichtlich seiner Voraussetzung und seiner Durchführung. Allzuviel Erfolg ist von diesem Verbot nicht zu erwarten. Vor allem dann nicht, wenn nicht durch eine allgemeiner gehaltene Gesetzesbestimmung jeder bestraft werden kann, der dem zum Wirtshausverbot Verurteilten den Genuß geistiger Getränke in einem Wirtshaus ermöglicht, und wenn nicht das Wirtshausverbot veröffentlicht wird. Die hiergegen vorgebrachten Bedenken erscheinen schon mit Rücksicht auf § 687 der Z. P. O. (Veröffentlichung der Entmündigung wegen Trunksucht) nicht berechtigt.

Versagen alle Mittel, so sieht der Entwurf (§ 92) gleich dem Vorentwurf (§ 43) die Unterbringung in einer Trinkerheilanstalt vor, falls Trunksucht vorliegt und diese Maßnahme erforderlich erscheint, um den Trunksüchtigen an ein gesetzmäßiges und geordnetes Leben zu gewöhnen. Es ist aber zu erwägen, ob nicht aus praktischen Gründen, da eine scharfe Scheidung zwischen dem Trunksüchtigen und dem Gewohnheitstrinker nicht zu ziehen ist, besser von Trunkfälligkeit, statt von Trunksucht gesprochen wird. Die Unterbringung in einer Trinkerheilanstalt sollte nicht von einer in der Trunkenheit begangenen Straftat abhängig gemacht werden, um auch die infolge alkoholischer Degeneration kriminell Gewordenen treffen zu können; ebensowenig von einer Bestrafung schlechtweg. Die Unterbringung in einer Trinkerheilanstalt sollte vielmehr bei Vorliegen der anderen Voraussetzungen zulässig sein bei jeder Straftat, die unter dem Einfluß von Alkohol zustande gekommen ist, zumal die zwangsweise und doch sehr oft gebotene Internierung des Gewohnheitstrinkers auf anderem Wege nur mit Schwierigkeit zu erreichen ist. Die Unterbringung in der Trinkerheilanstalt, die der Richter anordnet, bewirkt ebenfalls wieder die Landespolizeibehörde (§ 93). Erfreulicherweise! Die Entlassung aus der Trinkerheilanstalt sollte nur widerruflich und an die Stellung unter Schutzaufsicht geknüpft sein. Die Bemessung der Höchstdauer auf 2 Jahre (§ 94) erscheint nicht hinreichend gerechtfertigt, wenn auch die über diesen Zeitpunkt hinaus notwendige Verwahrung des Trunksüchtigen in den öffentlichen Heil- und Pflegeanstalten (§ 88 des Entwurfs) möglich ist — aber nicht auf dem von dem Vorentwurf in seiner Begründung vorgeschlagenen Umwege einer Entmündigung wegen Trunksucht.

III. Die Bestimmungen über die **Stellung der Kinder und Jugendlichen** (§§ 129—136)[4]) sind in einem besonderen Abschnitt zusammengestellt, dessen Wortlaut im wesentlichen mit dem vor kurzem dem Reichsrat zugegangenen Entwurf eines Jugendgerichtsgesetzes übereinstimmt.

Die Strafmündigkeit beginnt nach dem Entwurf in Uebereinstimmung mit dem Vorentwurf mit dem 14. Lebensjahr; das entspricht der allgemeinen Anschauung.

Entsprechend der nur allmählich fortschreitenden geistigen Entwicklung der Persönlichkeit sieht auch der Entwurf ein Uebergangsstadium der relativen oder bedingten Strafmündigkeit für die Jugendlichen, das heißt die Personen, die über 14, aber noch nicht 18 Jahre alt sind, vor. Ein Heraufrücken der oberen Grenze erscheint nicht notwendig. Für die Zurechnungsfähigkeit der Jugendlichen ist nicht das aus dem code pénal entnommene Unterscheidungsvermögen des § 56 St. G. B. maßgebend, sondern in Uebereinstimmung mit § 18 des Entwurfs (siehe auch I) die Fähigkeit, das Ungesetzliche der Tat einzusehen oder dieser Einsicht gemäß zu handeln.

---

[4]) Die Bestimmungen über Kinder und Jugendliche lauten:

a. im jetzigen Strafgesetzbuch:

„§ 55. Wer bei Begehung der Handlung das zwölfte Lebensjahr nicht vollendet hat, kann wegen derselben nicht strafrechtlich verfolgt werden. Gegen denselben können jedoch nach Maßgabe der landesgesetzlichen Vorschriften die zur Besserung und Beaufsichtigung geeigneten Maßregeln getroffen werden. Die Unterbringung in einer Familie, Erziehungsanstalt oder Besserungsanstalt kann nur erfolgen, nachdem durch Beschluß des Vormundschaftsgerichtes die Begehung der Handlung festgestellt und die Unterbringung für zulässig erklärt ist.

§ 56. Ein Angeschuldigter, welcher zu einer Zeit, als er das zwölfte, aber nicht das achtzehnte Lebensjahr vollendet hatte, eine strafbare Handlung begangen hat, ist freizusprechen, wenn er bei Begehung derselben die zur Erkenntnis ihrer Strafbarkeit erforderliche Einsicht nicht besaß.

In dem Urteile ist zu bestimmen, ob der Angeschuldigte seiner Familie überwiesen oder in eine Erziehungs- oder Besserungsanstalt gebracht werden soll. In der Anstalt ist er solange zu behalten, als die der Anstalt vorgesetzte Verwaltungsbehörde solches für erforderlich erachtet, jedoch nicht über das vollendete zwanzigste Lebensjahr.

§ 57. Wenn ein Angeschuldigter, welcher zu einer Zeit, als er das zwölfte, aber nicht das achtzehnte Lebensjahr vollendet hatte, eine strafbare Handlung begangen hat, bei Begehung derselben die zur Erkenntnis ihrer Strafbarkeit erforderliche Einsicht besaß, so kommen gegen ihn folgende Bestimmungen zur Anwendung:

1. ist die Handlung mit dem Tode oder mit lebenslänglichem Zuchthaus bedroht, so ist auf Gefängnis von 3 bis zu 15 Jahren zu erkennen;

2. ist die Handlung mit lebenslänglicher Festungshaft bedroht, so ist auf Festungshaft von 3 bis zu 15 Jahren zu erkennen;

3. ist die Handlung mit Zuchthaus oder mit einer anderen Strafart bedroht, so ist die Strafe zwischen dem gesetzlichen Mindestbetrage der angedrohten Strafart und der Hälfte des Höchstbetrages der angedrohten Strafe zu bestimmen.

Ist die so bestimmte Strafe Zuchthaus, so tritt Gefängnisstrafe von gleicher Dauer an ihre Stelle;

4. ist die Handlung ein Vergehen oder eine Übertretung, so kann in besonders leichten Fällen auf Verweis erkannt werden;

5. auf Verlust der bürgerlichen Ehrenrechte überhaupt oder einzelner

Als biologische Voraussetzung kommt die zurückgebliebene Entwicklung, oder der Mangel geistiger oder sittlicher Reife in Betracht; eine Ausdruckweise, die an Klarheit und Eindeutigkeit zu wünschen übrig läßt. Der Entwurf verzichtet somit nicht auf eine besondere Berücksichtigung der Jugendlichen hinsichtlich ihrer Zurechnungsfähigkeit, wie es der deshalb vielfach angefochtene Vorentwurf mit einer teilweise unrichtigen Begründung getan hat. Auf Jugendliche ist natürlich auch § 18 des Entwurfs beim Vorliegen einer ausgesprochenen Geistesstörung anwendbar.

Der Entwurf legt nicht nur in der ihn erläuternden, leider nur sehr kurzen Denkschrift, sondern auch in den formulierten Bestimmungen den größten Wert auf die Erziehungsmaßregeln, die vom Richter verhängt werden, wenn sie erforderlich sind, um den Jugendlichen an ein gesetzmäßiges Leben zu gewöhnen, und zwar vor allem auch bei fehlender Zurechnungsfähigkeit, wenn der Richter sie bei ihm für ausreichend hält. Notwendigenfalls kann neben den Er-

---

bürgerlichen Ehrenrechte, sowie auf Zulässigkeit von Polizeiaufsicht ist nicht zu erkennen.

Die Freiheitsstrafe ist in besonderen, zur Verbüßung von Strafen jugendlicher Personen bestimmten Anstalten oder Räumen zu vollziehen."

b. im Vorentwurf von 1909:

„§ 68. Nicht strafbar ist, wer bei Begehung der Handlung das vierzehnte Lebensjahr nicht vollendet hat.

§ 69. Hatte der Täter zur Zeit der Tat das achtzehnte Lebensjahr nicht vollendet, so sind hinsichtlich der Bestrafung die Vorschriften über den Versuch (§ 76) anzuwenden, doch darf auf lebenslängliches Zuchthaus nicht erkannt werden. Ist die danach bestimmte Strafe Zuchthaus, so tritt Gefängnisstrafe von gleicher Dauer an ihre Stelle. Auf Verschärfung des Strafvollzugs (§ 18), Arbeitshaus (§ 42), Verlust der bürgerlichen Ehrenrechte (§§ 46 bis 49) und Aufenthaltsbeschränkung (§ 53) ist nicht zu erkennen.

Erscheint die Tat hauptsächlich als Folge mangelhafter Erziehung oder ist sonst anzunehmen, daß Erziehungsmaßregeln erforderlich sind, um den Täter an ein gesetzmäßiges Leben zu gewöhnen, so kann das Gericht neben oder an Stelle einer Freiheitsstrafe seine Überweisung zur staatlich überwachten Erziehung anordnen. Die Art und Dauer der Erziehungsmaßregeln bestimmen sich nach den hierfür bestehenden Gesetzen, doch kann das Gericht die Unterbringung in eine Erziehungs- oder Besserungsanstalt vorschreiben.

§ 70. Die Freiheitsstrafen gegen Jugendliche sind in besonderen, für sie ausschließlich bestimmten Anstalten oder Abteilungen zu vollstrecken. Dabei sind die voll zurechnungsfähigen Jugendlichen von vermindert zurechnungsfähigen vollständig abzusondern.

Freiheitsstrafen gegen vermindert zurechnungsfähige Jugendliche können auch in staatlich überwachten Erziehungs-, Heil- oder Pflegeanstalten vollzogen werden."

c) im Entwurf von 1919:

„§ 129. Ein Kind, das eine mit Strafe bedrohte Handlung begeht, gilt als nicht zurechnungsfähig.

§ 130. Ein Jugendlicher, der eine mit Strafe bedrohte Handlung begeht, ist nicht zurechnungsfähig, wenn er zur Zeit der Tat wegen zurückgebliebener Entwicklung oder mangels geistiger oder sittlicher Reife unfähig ist, das Ungesetzliche der Tat einzusehen oder seinen Willen gemäß dieser Einsicht zu bestimmen.

§ 131. Ist der Täter zur Zeit der Aburteilung noch jugendlich, so hat das Gericht im Urteile darüber zu befinden, ob Erziehungsmaßregeln erforderlich sind, um den Jugendlichen an ein gesetzmäßiges Leben zu gewöhnen.

ziehungsmaßregeln auch auf Strafe erkannt werden. Unter den Erziehungsmaßnahmen spielt eine große Rolle die Schutzaufsicht, die höchstens bis zum 21. Lebensjahr, niemals aber länger als 3 Jahre, dauern darf.

Die Strafe darf nie Selbstzweck sein. Für die Abmessung der Strafe gelten die Bestimmungen der Strafabmessung bei Irrtum. Für die Jugendlichen kommt bedingte Strafaussetzung sowie die Tilgung von Strafvermerken (vergl. Deutsches Reichsgesetz vom 9. April 1920) in sehr viel erheblicherem Umfange in Betracht als für Erwachsene. Auch bei dem Strafvollzug darf der Erziehungszweck niemals außer Acht gelassen werden. Der Entwurf hat im Gegensatz zum Vorentwurf die tatsächlich nur schwer durchführbare Trennung der zurechnungsfähigen Jugendlichen von den vermindert zurechnungsfähigen Jugendlichen und die Zulässigkeit der Verwahrung der letzteren in staatlich überwachten Heil- und Pflegeanstalten nicht beibehalten.

---

§ 132. Hält das Gericht Erziehungsmaßregeln für ausreichend, so hat es diese anzuordnen, und von Strafe abzusehen.

Hält das Gericht sowohl Strafe, als auch Erziehungsmaßregeln für erforderlich, so ist auf beides nebeneinander zu erkennen.

Auf die erforderlichen Erziehungsmaßregeln hat das Gericht auch dann zu erkennen, wenn es den Jugendlichen wegen fehlender Zurechnungsfähigkeit freispricht oder wegen Annahme eines besonders leichten Falles von Strafe absieht.

§ 133. Die Erziehungsmaßregeln können darin bestehen, daß der Jugendliche vermahnt oder der Zucht des gesetzlichen Vertreters oder der Schulbehörde überwiesen wird oder daß eine andere Anordnung über seine Erziehung und Unterbringung getroffen wird oder daß er unter Fürsorgeerziehung gestellt wird.

Das Gericht kann den Jugendlichen bis zur Dauer von drei Jahren, jedoch nicht über das einundzwanzigste Lebensjahr hinaus unter Schutzaufsicht stellen. Die Schutzaufsicht kann auch neben einer anderen Erziehungsmaßregel angeordnet werden.

Schon vor dem Urteil kann das Gericht vorläufig Anordnungen über Erziehung und Unterbringung des Jugendlichen treffen.

§ 134. Für die Strafbemessung gelten bei Taten, die jemand als Jugendlicher begangen hat, die gleichen Vorschriften wie für die Strafbemessung bei Irrtum. (§ 110.)

Diese Vorschriften sind auch dann anzuwenden, wenn mit dem Milderungsgrunde der Jugend andere Milderungsgründe (§ 110, 111) zusammentreffen.

§ 135. Bedingte Strafaussetzung kann einem Verurteilten, der die Tat als Jugendlicher begangen hat, auch dann bewilligt werden, wenn der sofortige Strafvollzug eine Erziehungsmaßregel gefährden würde.

Daß der Verurteilte bereits Freiheitsstrafe wegen Verbrechens oder Vergehens verbüßt hat, steht der bedingten Strafaussetzung nicht entgegen.

§ 136. Der Strafvollzug gegen einen Jugendlichen ist so zu bewirken, daß unter Wahrnehmung des Ernstes der Strafe seine Erziehung gefördert wird.

Beim Vollzug von Freiheitsstrafen werden jugendliche Gefangene von erwachsenen getrennt gehalten.

Freiheitsstrafen von einem Monat oder mehr sind gegen Jugendliche in besonderen, ausschließlich für sie bestimmten Anstalten oder Abteilungen zu vollstrecken. In diesen können die Gefangenen mit Genehmigung der Aufsichtsbehörde belassen werden, auch nachdem sie achtzehn Jahre alt geworden sind, jedoch nur bis zur Volljährigkeit.

Darüber, ob ein Jugendlicher in Einzelhaft zu halten ist, befindet die Anstaltsbehörde."

Vom psychiatrischen Standpunkt aus kann man dem Entwurf, der die Wünsche der Irrenärzte in weitgehendem Maße berücksichtigt hat, nur beipflichten. Aenderungen, soweit sie vom psychiatrischen Standpunkt aus notwendig oder nur wünschenswert erscheinen, lassen sich unschwer durchführen. Höchst erfreulich ist der moderne Geist; der den Entwurf durchweht, der nicht die Tat, sondern den Täter berücksichtigt; ein Standpunkt, der vor allem in der Einführung und ausgiebigen Verwendung der in einem besonderen Abschnitt zusammengestellten Maßregeln der Besserung und Sicherung zutage tritt, deren Verwirklichung aber große Mittel erfordert. Der Verzicht auf ihre Durchführung würde die Einheitlichkeit und Geschlossenheit des Entwurfs sehr gefährden und wäre im höchsten Maße zu bedauern.

(Lebhafter Beifall).

B. Vom Standpunkte des Gerichtsarztes.

Berichterstatter: H. Med.-Rat Prof. Dr. **Lochte**-Göttingen: M. H.! Die Notwendigkeit der Abänderung verschiedener Bestimmungen des geltenden Strafrechts ist schon seit langen Jahren in der Tagespresse wie in den Fachzeitschriften lebhaft erörtert worden. Diesen Anregungen und Bestrebungen wurde seitens der Regierung im Jahre 1913 durch Vorlage eines Entwurfes zu einem Deutschen Strafgesetzbuche Rechnung getragen. Die weiteren Verhandlungen über diesen Entwurf gerieten durch den Krieg ins Stocken und sind nunmehr durch den im Jahre 1920 bekanntgegebenen Entwurf zu einem Deutschen Strafgesetzbuche vom Jahre 1919 wieder aufgenommen worden. Der gegenwärtige Entwurf umfaßt 2 Bücher, von denen das erste sich mit den Verbrechen und Vergehen, das zweite mit den Uebertretungen befaßt. Jedes Buch gliedert sich in einen allgemeinen und in einen besonderen Teil.

Für den heutigen Vortrag können selbstverständlich nur diejenigen Bestimmungen des Entwurfes in Betracht kommen, die für den Gerichtsarzt von besonderer Bedeutung sind. Es handelt sich in dieser Beziehung um die wichtigen Bestimmungen:

I. über Tötung und Körperverletzung sowie wegen unterlassener Lebensrettung (§§ 282, 283, 284, 285, 292, 293, 294, 295, 296, 300, 313);

II. über die Abtreibung der Leibesfrucht (§§ 286, 288) und Ankündigung von Abtreibungsmitteln (§ 287);

III. über Sittlichkeitsdelikte (§§ 314, 315, 320, 321, 324, 325, 326);

IV. über unrichtige ärztliche Zeugnisse (§ 242) und endlich

V. über die unbefugte Offenbarung von Privatgeheimnissen (§ 355).

Bevor ich jedoch auf die Erörterung dieser Paragraphen näher eingehe, muß ich aus dem allgemeinen Teile des

ersten Buches diejenigen Bestimmungen kurz mitteilen, die für die Auslegung und Handhabung der in Frage stehenden Spezialbestimmungen von besonderer Bedeutung sind. Es sind die im vierten Abschnitt behandelten Vorschriften über die **Schuld**, den **Vorsatz** und die **Fahrlässigkeit**. Die hierfür in Betracht kommenden Bestimmungen des Entwurfes lauten:

„§ 10. Strafbar ist nur, wer schuldhaft handelt.
Schuldhaft handelt, wer den Tatbestand einer strafbaren Handlung vorsätzlich oder fahrlässig verwirklicht und zur Zeit der Tat zurechnungsfähig ist."

§ 11. Vorsätzlich handelt, wer den Tatbestand der strafbaren Handlung mit Wissen und Willen verwirklicht oder die Verwirklichung des Tatbestandes zwar nur für möglich hält, jedoch für den Fall der Verwirklichung mit ihr einverstanden ist (dolus eventualis).

§ 14. Fahrlässig handelt, wer die Sorgfalt außer acht läßt, zu der er nach den Umständen und nach seinen persönlichen Verhältnissen verpflichtet und imstande ist und infolgedessen nicht voraussieht, daß sich der Tatbestand der strafbaren Handlung verwirklichen könne, oder, obwohl er dies für möglich hält, darauf vertraut, daß es nicht geschehen werde.

§ 15. Zur Strafbarkeit ist, wo das Gesetz nichts anderes bestimmt, vorsätzliches Handeln erforderlich.
Fahrlässiges Handeln ist nur strafbar, wenn das Gesetz es ausdrücklich mit Strafe bedroht."

Die Bedeutung des § 10 leuchtet sofort ein, wenn man den § 292 des Entwurfes über die Körperverletzung ins Auge faßt:

„Wer einen anderen körperlich mißhandelt, oder an der Gesundheit beschädigt, wird mit Gefängnis bis zu 3 Jahren oder mit Geldstrafe bestraft."

Hier fehlt das Wort „vorsätzlich" bezw. „fahrlässig", was die §§ 223 und 230 des jetzt geltenden Strafgesetzbuches ausdrücklich als Erfordernis der Körperverletzung aufstellen. Gleichwohl deckt sich die Bestimmung des Entwurfes über Körperverletzung mit der heute geltenden Vorschrift, weil ein schuldhaftes Handeln, das strafbar ist nur vorliegt, wenn der Tatbestand der strafbaren Handlung vorsätzlich oder fahrlässig verwirklicht ist. Diese gilt natürlich bei allen im Entwurf aufgeführten Verbrechen und Vergehen. Ueberall, wo zur Strafbarkeit Vorsatz schlechthin genügen soll, ist die Vorsätzlichkeit nicht besonders erwähnt, während bei den Fahrlässigkeitsdelikten die Fahrlässigkeit des Handelnden als Voraussetzung der Strafbarkeit jedesmal ausdrücklich hervorgehoben ist.

In Uebereinstimmung mit dem geltenden Rechte steht auch die Bestimmung des Entwurfes betr. die Körperverletzung, die den Tod des Verletzten zur Folge gehabt hat (§ 296 des Entwurfes; § 226 Str.-G.-B.)

Ferner besteht auch insofern eine Uebereinstimmung mit dem jetzt geltenden Rechte, als in dem Strafgesetzentwurfe dem Arzte bezüglich seiner Tätigkeit beim Zweikampfe Straffreiheit gewährt wird (§ 304).

Die Bestimmungen des Entwurfes über Mord u. Totschlag stimmen im wesentlichen mit dem geltenden Rechte überein (§§ 282, 283 des Entwurfes, §§ 211, 212 Str. G. B.). Nur bezüglich des Momentes der Ueberlegung weicht der Entwurf insofern ab, als er dem Umstand, ob die Ueberlegung bei der Ausführung oder

in einem früheren Zeitpunkt stattgefunden hat, keine Bedeutung beimisst. Wer auf Grund eines wohlüberlegten Entschlusses einem anderen das Leben nimmt, soll der Strafe des Mordes nicht um deswillen entgehen, weil er bei der Ausführung der Tat sich die Gründe und Gegengründe nicht nochmals vor Augen geführt hat.[1])

Auch besteht eine Uebereinstimmung bezüglich des Vergehens der Tötung auf Verlangen (§ 284 des Entwurfes, § 215 des geltenden Str. G. B.). § 284 bestimmt:

„Wer einen anderen auf sein ausdrückliches und ernstliches Verlangen tötet, wird mit Gefängnis oder Einschließung bis zu 3 Jahren bestraft. Der Versuch ist strafbar.“ [2])

Schließlich besteht Uebereinstimmung bezüglich des Verbrechens der Kindestötung. (§ 285 des Entwurfes, § 217 des geltenden Strafgesetzbuches.) [3])

Zahlreicher sind die den Gerichtsarzt interessierenden Bestimmungen des Entwurfes, die von dem bestehenden Strafrechte abweichen. Indem ich mich diesen zuwende, bemerke ich, daß die von mir gegebenen Erläuterungen sich im wesentlichen den Ausführungen der Denkschrift anschließen; nur da, wo ich anderer Ansicht bin, wird dies ausdrücklich von mir hervorgehoben werden.

Eine besonders wichtige Aenderung bringt der Entwurf von 1919 auf dem Gebiete des sog. **Operationsrechtes.** Das geltende Recht steht bekanntlich auf dem Standpunkte, daß selbst der zu Heilzwecken lege artis vorgenommene Eingriff eine objektiv rechtswidrige Körperverletzung darstellt, für die der Arzt strafrechtlich und zivilrechtlich haftbar ist. Die Rechtswidrigkeit entfällt nur durch die Einwilligung des Kranken oder seines gesetztlichen Vertreters. Man hat diesen unerfreulichen Zustand auf verschiedene Weise abzuwenden versucht. Man hat von einem Gewohnheitsrecht, weiter von einem Berufsrechte des Arztes gesprochen. Die Rechtsprechung hat diese Versuche abgelehnt. Der Entwurf vom Jahre 1919 steht, im Gegensatze zu dem Entwurf der Strafrechtskommission von 1913, auf einem anderen Standpunkte. Er geht davon aus, daß ein Eingriff, der nach den Regeln der ärztlichen Kunst zu Heilzwecken vorgenommen wird, niemals als körperl. Mißhandlung bezw. Gesundheitsbeschädigung angesehen werden und demnach keine Körper-

---

[1]) Denkschrift, S. 226. Mildernde Umstände (§§ 113 und 114) greifen auch beim Morde Platz.

[2]) Das jetzige hohe Strafmaß von 3 Jahren Gefängnis ist aufgegeben und Gefängnis schlechthin oder Einschließung bis zu 5 Jahren angedroht. Für ganz milde liegende Fälle (Vernichtung lebensunwerten Lebens) möchte ich mich dem Vorschlage Straßmanns anschließen, die Straffreiheit besonders leichter Fälle in § 284 zuzulassen.

[3]) Bei Kindesmord bewegt sich die Strafe zwischen einem und 10 Jahren Zuchthaus, bei mildernden Umständen kann bis auf 3 Monate Gefängnis (§ 114) heruntergegangen werden. Eine Strafe für den moralisch am Kindesmord (oder der Abtreibung) schuldigen Schwängerer, der sich seinen Verpflichtungen entzogen hat, sieht der Entwurf nicht vor.

verletzung sein kann (Denkschrift, S. 238). Deshalb scheidet im Entwurf der ärztliche Eingriff aus dem Rahmen der Körperverletzung aus. Geschützt wird der Arzt zwar durch den oben erwähnten § 10 und durch den § 22 des Entwurfes (Nothilfe). Es ist aber nirgends im Gesetz ausgesprochen, daß die ärztliche Operation nicht als Körperverletzung anzusehen sei. Deshalb ist es m. E. erwünscht, daß dem § 292 ein Zusatz beigefügt wird: „die nach den Regeln der ärztlichen Kunst vorgenommene Heilbehandlung fällt nicht unter den Begriff der strafbaren Körperverletzung.“ Diese Forderung ist auch in den Leitsätzen von Puppe u. Alexander in dem Referate über den Arzt im Entwurfe zum neuen Strafgesetzbuche im ärztl. Vereinsblatt vom 9. 8. 21 unter Nr. 3 erhoben worden.

Im Entwurf wird der ärztliche Eingriff in dem Abschnitt über die Verletzung der persönlichen Freiheit untergebracht. Der Arzt, der gegen den Willen des Kranken einen Eingriff vornimmt, macht sich einer unzulässigen Beschränkung der Freiheit des Kranken schuldig und nach § 313 des Entwurfes strafbar, der wie folgt lautet:

„Wer einen anderen gegen seinen Willen zu Heilzwecken behandelt, wird mit Gefängnis bis zu 3 Jahren, oder mit Geldstrafe bestraft. Die Strafe tritt auch dann ein, wenn der Täter fahrlässig angenommen hat, daß der andere mit der Behandlung einverstanden war. Die Tat wird nur auf Antrag verfolgt, der zurückgenommen werden kann. In besonders leichten Fällen kann von der Strafe abgesehen werden.

Diese Vorschrift richtet sich nicht nur gegen Aerzte, sondern gegen Krankenbehandler aller Art, mögen sie die Heilbehandlung gewerbsmäßig oder gelegentlich ausüben. Unter Behandlung zu Heilzwecken wird auch die Behandlung von Körperfehlern (Schielen, Leberflecke usw.) verstanden. (Denkschrift, S. 238).

Unter § 313 fallen alle Versuche, durch die jemand zunächst krank gemacht wird, um dann an ihm neue Heilverfahren oder Heilmittel zu erproben. Hier liegt immer der objektive Tatbestand einer Körperverletzung vor. (S. 238 der Denkschrift.)

Eine Heilbehandlung ist nur eine Behandlung nach den Regeln der ärztlichen Kunst; läßt der Behandelnde diese vorsätzlich oder fahrlässig außer Acht, so ist sein Tun eine körperliche Mißhandlung oder Gesundheitsbeschädigung, d. h. eine Körperverletzung.

Die Wendung „gegen seinen Willen“ bedeutet, daß der Täter bestraft wird, wenn seinem Willen ein fremder Wille entgegensteht, und er dieses weiß oder doch vermutet (S. 238 der Denkschrift).

Der Wortlaut „entgegen dem Willen“ trifft jedoch nicht den Fall, in dem der Täter das Nichteinverständnis des Kranken zwar nicht vermutet hat, es aber bei Anwendung der erforderlichen Sorgfalt hätte vermuten können oder sollen. Um auch diesen Fall zu treffen ist in dem Gesetzestext des § 313 aus-

drücklich gesagt: Die Strafe tritt auch dann ein, wenn der Täter fahrlässig angenommen hat, daß der andere mit der Behandlung einverstanden war (S. 259, 260 der Denkschrift). Der Rechtsstandpunkt ist also folgender: Der gegen den Willen des Kranken vorgenommene ärztliche Eingriff wird nicht mehr als Körperverletzung bestraft, sondern als eigenmächtige Heilbehandlung. Es ist gemäß § 313 auf Gefängnisstrafe von einem Tag (§ 46) bis zu 3 Jahren oder auf Geldstrafe von mindestens 5 Mk. bis zu 20000 Mk. (§ 54) zu erkennen. Der Strafrahmen ist, wie Ebermayer zutreffend bemerkt, ein so weiter, daß er die Möglichkeit gewährt, der Eigenart jeden Einzelfalles gerecht zu werden. Der § 313 trägt sowohl den Interessen des Arztes, wie dem Ausspruch des Kranken auf Schutz seiner Willensfreiheit ausreichend Rechnung. [1])

Im ärztlichen Vereinsblatt vom 9. 8. 1921, S. 208 hat nun Alexander die Befürchtung ausgesprochen, daß der § 313 des Entwurfes zu häßlichen Denunziationen und ungerechten Anklagen Anlass geben könnte, weil die Beweisführung des Arztes, daß er nicht gegen den Willen des Verletzten gehandelt hat, nicht immer mit der wünschenswerten Sicherheit gelingen wird. Gegen diese Bedenken ist aber folgendes einzuwenden:

Nicht der Angeklagte (der Arzt) sondern die Anklagebehörde muß den Beweis der Negative erbringen, nämlich den Beweis, daß der Arzt einen anderen gegen seinen Willen behandelt hat. Dieser negative Beweis ist an sich schon schwer zu erbringen.. Verurteilungen aus § 313 dürften daher nicht allzu häufig vorkommen.

Der Arzt ist aber auch in der Lage durch Zuziehung anderer Personen bei der Heilbehandlung (Krankenwärter, Krankenschwester, Ehefrau) sich für alle Fälle den Gegenbeweis für die stattgehabte Einwilligung zu sichern. Tut er dies, so wird dadurch auch der Gefahr einer erfolgreichen Denunziation von ihm vorgebeugt werden.

Ich möchte daher — abweichend von Alexander — glauben, daß gegen § 313 keine Bedenken bestehen.

Bezüglich der **fahrlässigen Körperverletzung** bestimmt § 293 des Entwurfes:

„Wer eine Körperverletzung in einer Weise begeht, die geeignet ist, den Körper oder die körperliche oder geistige Gesundheit des Verletzten schwer zu schädigen wird mit Gefängnis bestraft.“ [2])

---

[1]) Vgl. den Aufsatz von Senatspräsident Dr. Ebermayer: Die Stellung des Arztes im Entwurfe zum Deutschen Strafgesetzbuche (D. m. Wochenschrift; 1921, Nr. 5).

[2]) Dem Schutzgesetze gegen die grausame, quälende Körperverletzung Wehrloser u. s. w. (§ 223 a Abs. 2) entspricht der § 297 Abs. 1 des Entwurfes — wo es heißt: „Wer Kinder, Jugendliche oder wegen Gebrechlichkeit oder Krankheit Wehrlose, die der Fürsorge oder Obhut des Täters unterstehen oder seinem Hausstand angehören oder die der Fürsorgepflichtige der Gewalt des Täters überlassen hat, in grausamer Weise oder in der Absicht, sie zu quälen, körperlich mißhandelt oder an der Gesundheit beschädigt, wird, soweit nicht die §§ 294 bis 296 schwerere Strafe androhen, mit Gefängnis nicht unter 3 Monaten bestraft.“

Es soll demnach die Beurteilung an die Umstände des Einzelfalles, nicht an irgendwelche abstrakten Merkmale geknüpft werden; außerdem sollen die Fährlichkeiten einer kasuistischen Regelung vermieden werden, wie die Denkschrift S. 235 und 236 des näheren ausführt. Es muß also im Einzelfalle festgestellt werden, daß der Täter den Verletzten in die Gefahr einer schweren Schädigung gebracht hat. Einen Ausspruch darüber, was unter schwerer Schädigung des Körpers oder der Gesundheit zu verstehen ist, vermeidet der Entwurf. Die richtige Grenze kann nur die Rechtsanwendung finden.

Bezüglich der sogenannten **schweren Körperverletzung** bestimmt der § 294 des Entwurfes:

„Hat die Körperverletzung eine schwere Schädigung des Körpers oder der körperlichen oder geistigen Gesundheit zur Folge (§ 17), so ist die Strafe Gefängnis nicht unter 3 Monaten.

Ist der Verletzte im Gebrauch seines Körpers oder seiner Geisteskräfte lange und bedeutend beeinträchtigt worden, in gefährliche oder langandauernde Krankheit verfallen, oder ist er lebensgefährlich verletzt worden (§ 17) [1]), so ist die Strafe Zuchthaus bis zu 5 Jahren."

Es ergibt sich also, daß eine schwere Körperverletzung vorliegen soll, wenn die Körperverletzung eine schwere Schädigung des Körpers oder der körperlichen oder geistigen Gesundheit zur Folge hat, und der Täter diese Folge wenigstens als möglich voraussehen konnte. Was unter schwerer Körperverletzung zu verstehen ist, geht aus dem Gesetze nicht hervor.

Man wird sich in der Praxis stets fragen müssen, welchen Erfolg die Körperverletzung für den Verletzten hatte. Es erscheint unbedenklich, die Fälle von Verlust eines wichtigen Gliedes des Körpers, des Sehvermögens auf einem oder beiden Augen, des Gehörs, der Sprache, der Zeugungsfähigkeit, der erheblichen, dauernden Entstellung oder des Verfalles in Siechtum, Lähmung oder Geisteskrankheit, dahin zu rechnen.

Mit Rücksicht auf diese Bestimmungen bringt der Entwurf keinen besonderen Paragraphen über den Giftmord. Die Bestrafung erfolgt vielmehr nach den §§ 293 (gefährliche), 294 (sog. schwere), 296 (tötliche Körperverletzung).

Ueber die absichtliche Körperverletzung bestimmt § 295:

„Wer durch eine Körperverletzung absichtlich herbeiführt, daß der Verletzte im Gebrauch seines Körpers oder seiner Geisteskräfte lange und bedeutend beeinträchtigt wird oder in gefährliche und langandauernde Krankheit verfällt, wird mit Zuchthaus bestraft."

Die **ärztlichen Kunstfehler** fallen zumeist unter die Begriffe der fahrlässigen Körperverletzung oder der fahrlässigen Tötung.

In dieser Beziehung bestimmt der § 300 des Entwurfes:

„Wer fahrlässig eine Körperverletzung begeht, wird mit Gefängnis oder Einschließung bis zu 2 Jahren oder mit Geldstrafe bestraft.

In besonders leichten Fällen kann von Strafe abgesehen werden."

---

[1]) § 17 **sagt:** „Ist für den Fall, daß eine Tat eine im Gesetz besonders bezeichnete Folge hat, eine höhere Strafe angedroht, so trifft sie den Täter nur, wenn er die Folge wenigstens als möglich voraussehen konnte."

Der Tatbestand unterscheidet sich von dem geltenden Rechte dadurch, daß die Straferhöhung für den Fall, wo der Täter durch Amt, Beruf oder Gewerbe zu einer besonderen Aufmerksamkeit verpflichtet war, in Wegfall gebracht ist. Das Vorliegen einer besonderen Amts- u. s. w. Pflicht, kann zwar dahin führen, daß die Frage nach der Fahrlässigkeit eher bejaht wird, als es ohne das Bestehen dieser besonderen Pflichten geschehen wäre; es ist aber unbillig, jemanden, der ohnehin schon leichter als ein anderer zur Verantwortung gezogen wird, für eine Fahrlässigkeit, die ihrem Wesen nach nichts anderes ist, wie jede andere Fahrlässigkeit, auch noch strenger zu strafen. § 290 bestimmt:

„Wer fahrlässig den Tod eines anderen verursacht, wird mit Gefängnis oder Einschließung bis zu 5 Jahren bestraft."

Die Vorschrift des geltenden Strafgesetzbuches, wonach in allen Fällen der Körperverletzung auf Verlangen des Verletzten neben der Strafe auf eine an denselben zu erlegende Buße bis zum Betrage von 6000 Mk. erkannt werden kann, ist ersetzt worden durch den § 87 des Entwurfes, wo es heißt:

„Ist durch die Straftat ein Schaden entstanden, den der Täter dem Verletzten nach dem bürgerlichen Rechte durch einmalige Zahlung einer Geldsumme zu ersetzen hat, so kann das Gericht den Täter auf Verlangen des Verletzten zur Zahlung verurteilen, wenn er den Schaden ohne Verzögerung des Verfahrens feststellen kann und nicht mehr als 20000 M. gefordert werden.

Ist auf Schadenersatz erkannt, oder der Anspruch auf Schadenersatz aberkannt worden, so kann der Verletzte keine weitere Entschädigung von dem Täter beanspruchen."

Eine besondere beachtenswerte Neuerung in Bezug auf die **Pflicht zur Hilfeleistung** bringt der § 291 des Entwurfes, der bestimmt:

„Wer es unterläßt, einen anderen aus einer Lebensgefahr zu retten, obwohl er ihn ohne erhebliche Gefahr für sein eigenes Leben oder seiner eigenen Gesundheit retten kann, wird mit Gefängnis bis zu 6 Monaten bestraft.

Die Tat ist nur strafbar, wenn der Gefährdete in der Gefahr sein Leben verloren oder eine schwere Körperverletzung (§ 294) erlitten hat."

Bisher ist die Pflicht zur Hilfeleistung bei Gefahren als eine sittliche Pflicht aufgefaßt und behandelt worden, deren Unterlassung nach dem bisherigen Srafrecht nur für den Fall mit Strafe bedroht war, wenn von der Polizeibehörde oder deren Stellvertreter zur Hilfe aufgefordert war (§ 360, Nr. 10 Str.G.B.; § 199 des Entwurfes). Die notwendige Aufforderung seitens der Polizeiorgane bezeugte im Einzelfalle das Vorhandensein eines öffentlichen Interesses an der Hilfeleistung. Es erscheint mir nun zunächst zweifelhaft, ob es notwendig und wünschenswert ist, die unterlassene Hilfeleistung auch ohne eine solche amtliche Aufforderung ganz allgemein für strafbar zu erklären. Dagegen muß ich vom ärztlichen Standpunkte aus gegen den § 291 des Entwurfes den enschiedensten Widerspruch erheben. Der Arzt, der nach der gegenwärtigen Gesetzgebung berechtigt ist, die Uebernahme einer ärztlichen Behandlung (abgesehen von § 360, Nr. 10 St.G.B.) abzulehnen, hätte in Zukunft die Verpflichtung, einen jeden

in Lebensgefahr befindlichen Menschen durch ärztliche Behandlung aus der Lebensgefahr zu retten, soweit die ärztliche Behandlung für eine solche Rettung in Frage kommt. Ich denke an den Fall, wenn ihm angezeigt wird, daß ein Ueberfahrener in Gefahr sei zu verbluten oder daß ein Kind, das einen harten Gegenstand verschluckt hat, Gefahr läuft, zu ersticken. Muß nun der Arzt die erforderlichen Rettungsversuche vornehmen, oder wenigstens durch eigene Wahrnehmung sich davon überzeugen, daß jeder Rettungsversuch vergeblich ist und erfolglos bleibt?

Selbständlich soll die moralische Verpflichtung des Arztes in denjenigen Fällen, in denen sofortige Hilfe notwendig ist und der Arzt diese Hilfe leisten kann, nicht angetastet werden; aber in welche Unannehmlichkeiten würde der Arzt versetzt, wenn auf Grund einer eingegangenen Denunziation wegen verweigerter Hilfeleistung ein Strafverfahren gegen ihn eingeleitet werden würde. Die Streichung des § 291 ist daher m. E. geboten.

Es folgen nun die Paragraphen, die sich mit der **Fruchtabtreibung** beschäftigen. Sie weichen in mehrfacher Beziehung von denen des geltenden Rechtes ab.

Der § 286 faßt den Inhalt der §§ 218, 219, 220 des jetzt geltenden Rechtes zusammen, indem er sagt:

„Eine Schwangere, die ihre Frucht im Mutterleibe oder durch Abtreibung tötet oder die Tötung durch einen anderen zuläßt, wird mit Gefängnis bestraft, der Versuch ist strafbar, in besonders schweren Fällen ist die Strafe Zuchthaus bis zu 5 Jahren.

Ebenso wird ein anderer bestraft, der die Frucht einer Schwangeren im Mutterleibe oder durch Abtreibung tötet; der Versuch ist strafbar. Handelt der Täter ohne Einwilligung der Schwangeren, so ist die Strafe Zuchthaus. Die gleiche Strafe trifft den, der die Tat gegen Entgelt begeht, oder einer Schwangeren zur Tötung ihrer Frucht dadurch Beihilfe leistet, daß er ihr gegen Entgelt die Mittel oder Gegenstände zur Tötung der Frucht beschafft.

Der Versuch ist milder zu bestrafen als die vollendete Tat (§ 24 des Entwurfs).

Konnte der Versuch nicht zur Vollendung führen, so darf das Gericht nach freiem Ermessen mildern; ist nach den besonderen Umständen des Falls eine Bestrafung nicht geboten, so darf davon Abstand genommen werden.“

Es kann also in Zukunft der Versuch mit untauglichen Mitteln, beziehungsweise der Versuch am untauglichen Objekt unter Umständen straffrei bleiben. Die Bestrafung der Fruchtabtreibung wird somit eine mildere sein als bisher. Das mag für viele Fälle berechtigt sein. Angesichts des Umstandes aber, daß dem Volke das Bewußtsein, daß die Schwangerschaft und damit das Leben unantastbar ist, ungeschmälert erhalten werden muß, ist die Milderung im allgemeinen nicht ohne Bedenken.

Der Entwurf bringt dann im § 287 eine besondere Vorschrift gegen das Ankündigen von Abtreibungsmitteln, in dem er sagt:

„Wer öffentlich oder durch Vertreibung von Schriften Abbildungen oder Darstellungen, wenn auch in verschleiernder Weise, Mittel, Gegenstände oder Verfahren zur Abtreibung ankündigt oder anpreist oder solche Mittel und

Gegenstände an einem allgemein zugängigen Orte ausstellt, wird mit Gefängnis bis zu 2 Jahren oder Geldstrafe bestraft; ebenso wird bestraft, wer in gleicher Weise seine eigenen oder fremde Dienste zur Vornahme oder Förderung von Abtreibungen anbietet."

Man kann diesem Paragraphen durchaus beistimmen.

Alexander[1]) hat nun geltend gemacht, daß auch die wissenschaftliche Arbeit des approbierten Arztes, die sich mit Abtreibungsmethoden beschäftigt, unter diesen Paragraphen fallen könnte. Ich möchte glauben, daß wissenschaftliche Arbeiten im allgemeinen nicht unter den Begriff des Ankündigens und Anpreisens fallen. Sollten aber in dieser Beziehung Bedenken bestehen, so müßte der Paragraph den Zusatz erhalten, daß die im Interesse der Wissenschaft erfolgte Veröffentlichung wissenschaftlicher Arbeiten approbierter Aerzte über Methoden des künstlichen Abortes nicht unter den § 287 fällt.

M. H.! Der § 287 genügt aber nicht, die Fruchtabtreibung erfolgreich zu bekämpfen. Es muß vielmehr hinzukommen, daß der Verkauf von Intra-Uterin-Spritzen und von Ansatzstücken für Intra-Uterin-Spritzen, der Verkauf von Intra-Uterin-Pessaren in den Drogengeschäften und im Hausierhandel unter Strafe gestellt wird; derartige Gegenstände sollten nur gegen ärztliches Rezept in Apotheken abgegeben werden dürfen.

Bei der Gefährlichkeit der Schwangerschaftsunterbrechung für die Gesundheit der Mutter ist unbedingt zu fordern, daß die Schwangerschaftsunterbrechung nur von einem approbierten Arzt vorgenommen werden darf. Während nach der jetzigen Rechtsprechung der Arzt berechtigt ist, eine Schwangerschaftsunterbrechung dann vorzunehmen, wenn eine Gefahr für das Leben oder die Gesundheit der Mutter vorhanden ist, die durch kein anderes Mittel als durch Unterbrechung der Schwangerschaft abgewendet werden konnte, wird nach den Vorschriften des Entwurfes eine Unterbrechung der Schwangerschaft nur noch zulässig sein, wenn Nothilfe vorliegt. Der § 22 Abs. 3 lautet:

„Nothilfe leistet: wer unter pflichtmäßiger Berücksichtigung der sich gegenüberstehenden Interessen eine mit Strafe bedrohte Handlung begeht, um von einem andern die gegenwärtige, nicht anders abwendbare Gefahr eines erheblichen Schadens abzuwenden, den der andere zu tragen rechtlich nicht verpflichtet ist; die Tat darf nicht gegen den Willen des Gefährdeten begangen werden."

Der Arzt darf also in Zukunft einem Nichtangehörigen Nothilfe leisten, ohne daß er sich einer Strafverfolgung aussetzt, sofern er nur die gegenüberstehende Interessen pflichtmäßig abwägt und nicht gegen den Willen des Gefährdeten handelt. Eine Einwilligung des Gefährdeten ist damit nicht zur Voraussetzung der Nothilfe gemacht; vielmehr ist nur bestimmt, daß die Mißachtung eines entgegenstehenden Willens des Gefährdeten die Berufung auf Nothilfe ausschließt. Dieser entgegenstehende Wille braucht (wie die Denkschrift, S. 38 aus-

[1]) Aerztl. Vereinsblatt vom 9. August 1921.

führt), nicht ausdrücklich erklärt worden zu sein. Immerhin muß aber die Sache so liegen, daß der Nothelfer den entgegenstehenden Willen vermutet hat; hätte er bei sorgfältiger Prüfung eine solche Vermutung nur hegen sollen, so wird die Nothilfe-Tat keine rechtswidrige. Es müßte, wie die Denkschrift mit Recht sagt, die Bereitwilligkeit, anderen zu helfen, lähmen, und wäre ungerecht, wenn man von dem Nothelfer in dem Augenblick, wo ein schneller Entschluß geboten ist, verlangen wollte, daß er eine sorgfältige Ueberlegung darüber anstelle, was der Gefährdete etwa will. Handelt der Arzt gegen den Willen der Schwangeren, ohne daß er sich auf den Notstand berufen kann, so kann er sich nicht auf den oben erwähnten § 313 des Str. G. B. beziehen, da keine Heilbehandlung mit Einwilligung vorliegt, es würde da nur eine strafbare Abtreibung übrig bleiben.

Der Str. G. Entwurf bestimmt nun im § 288 als Sonderdelikt:

„Wer gegen den Willen einer Schwangeren ihre Frucht oder ihr in der Geburt begriffenes Kind tötet, um von ihr eine nicht anders abwendbare schwere Gefahr für Leben oder Gesundheit abzuwenden, wird mit Gefängnis bis zu 3 Jahren oder mit Geldstrafe bestraft.

Die Tat wird nur auf Antrag verfolgt. Der Antrag kann zurückgenommen werden.“

Dieser Paragraph ist insofern zu Gunsten des Arztes eingefügt, als ihn nicht die entehrende Strafe der Fruchtabtreibung, oder da er für seine Dienste Entgelt erhält, der Lohnfruchtabtreibung treffen soll, sondern die mildere des § 288.

Nach alledem ist die Sachlage für den Arzt folgende:

Die lege artis ausgeführte Unterbrechung der Schwangerschaft aus med. Indikation d. h. wegen schwerer Gefahr für Leben und Gesundheit der Schwangeren ist straflos, sofern der Arzt nicht gegen den Willen der Schwangeren handelt, denn der Arzt kann sich dann auf den § 22 Str. G. Entwurf betr. Nothilfe berufen. Er kann sich aber auch auf Nothilfe berufen, wenn er den entgegenstehenden Willen der Kranken nicht kannte bezw. nicht vermuten konnte.

Kann der Arzt sich nicht auf Nohilfe berufen, so soll ihn, immer unter der Voraussetzung, daß eine ernste Gefahr für Leben oder Gesundheit der Schwangeren bestand, nicht die Strafe der Abtreibung oder Lohnabtreibung treffen, sondern die mildere Strafe des § 288.

Schwangerschaftsabtreibungen ohne medizinische Indikation sind selbstverständlich Fruchtabtreibungen und als solche strafbar.

Diese §§ bringen dem Arzte zum Bewußtsein, daß er nicht gegen den Willen der Schwangeren handeln darf, und sie schärfen ihm ein, daß er aus sozialen und eugenischen Beweggründen keine Schwangerschaftsunterbrechungen vornehmen darf. Sie sind aber schwer zu übersehen. Man kann daher bedauern, daß die Entscheidung der wissenschaftlichen Deputation für das Medizinal-Wesen vom 14. März nicht zur Grundlage einer Gesetzesvorschrift gemacht wurde, die dahin lautete:

„Der Arzt darf nur aus medizinischen Gründen die Schwangerschaft unterbrechen. Die Indikation darf nur dann als vorliegend erachtet werden, wenn bei der betr. Person infolge einer bereits bestehenden Erkrankung eine als unvermeidlich bestehende Gefahr für das Leben oder die Gesundheit vorhanden ist, die durch kein anderes Mittel als durch Unterbrechung der Schwangerschaft abgewendet werden kann."

Diese Entscheidung hat, wie Geh. Ob.-Med.-Rat Dr. Krohne am 12. 12. 17 in der Berliner med. Gesellschaft mitteilte, der Justizminister sämtlichen Staatsanwälten gewissermaßen als Richtschnur für die Beurteilung derartiger Dinge vor Gericht mitgeteilt.

Der Tatbestand der **Notzucht** ist unverändert aus dem geltenden Rechte, § 177 des Str. G. B., in § 314 des Entwurfes übernommen worden. Er lautet:

„Wer eine Frau durch Gewalt oder durch Drohung mit gegenwärtiger Gefahr für Leib oder Leben nötigt, den außerehelichen Beischlaf zu dulden, wird mit Zuchthaus bestraft."

Gewalt wendet nach § 9 Nr. 6 auch an, wer sich der Hypnose oder eines betäubenden Mittels bedient, um die Frau bewußtlos oder widerstandsunfähig zu machen. Der im geltenden Str. G. B. vorgesehene Fall, daß der Täter die Frauensperson in einen willenlosen oder bewußtlosen Zustand versetzt hat, braucht daher nicht mehr besonders erwähnt zu werden. (Denkschrift, S. 26).

Der § 315 handelt von der Schändung:

„Wer eine Frau, die bewußtlos, geisteskrank oder wegen Geistesschwäche oder aus anderen Gründen zum Widerstande unfähig ist, zum außerehelichen Beischlaf mißbraucht, wird mit Zuchthaus bestraft."

Es ist also die Bewußtlosigkeit der Geisteskrankheit gleichwertig erachtet. Die Geistesschwäche aber nur dann, wenn sie zum Widerstande unfähig macht.

Zu den anderen Gründen, die zum Widerstande unfähig machen, gehört wie die Denkschrift erläuternd hinzufügt, Trunkenheit oder völlige Erschöpfung. Auch der Fall würde den Tatbestand erfüllen, wo eine gelähmte oder gefesselte Frau mißbraucht wird (Denkschrift, S. 262).

Dem § 176,3 des geltenden Rechtes, (wer mit Personen unter 14 Jahren **unzüchtige Handlungen** vornimmt) entspricht der § 321 des Entwurfs:

„Wer mit einem Kinde [1]) eine unzüchtige Handlung vornimmt, oder es bestimmt, eine unzüchtige Handlung vorzunehmen oder zu dulden, wird mit Zuchthaus bis zu 10 Jahren bestraft."

Ferner bestimmt § 324 des Entwurfes:

„Ein Beamter [2]) der mit einer seiner Obhut anvertrauten Person oder der mit einer Person unter Mißbrauch ihrer durch die Amtsgewalt begründeten Abhängigkeit eine unzüchtige Handlung vornimmt, wird mit Zuchthaus bis zu 10 Jahren bestraft.

---

[1]) Vgl. § 9 des Entwurfes: Im Sinne des Gesetzes ist Kind, wer noch nicht 14 Jahre alt ist.

[2]) Ein Beamter nach § 9 Nr. 4 ist: Jeder der berufen ist, ein öffentliches Amt auszuüben.

Ebenso wird bestraft, wer in Gefangenen- oder anderen Verwahrungsanstalten, in Erziehungs- oder Besserungsanstalten, in Anstalten für Kranke oder Hilfsbedürftige angestellt oder beschäftigt oder als Inhaber daran beteiligt ist und mit Jemandem, der in die Anstalt aufgenommen ist und unter seiner Aufsicht oder Obhut steht, eine unzüchtige Handlung vornimmt."

Die Vorschrift des § 324 bezieht sich danach nicht allein auf die in Gefängnissen oder in öffentlichen, zur Pflege von Kranken, Armen oder anderen Hilflosen bestimmten Anstalten, beschäftigten oder angestellten Personen (§ 174,3 des geltenden Strafgesetzbuches) sondern sie wird auch auf andere Verwahrungsanstalten, Erziehungs- und Besserungsanstalten, Anstalten für Kranke oder Hilfsbedürftige ausgedehnt; d. h. auch auf Privatanstalten und Sanatorien.

Ferner richtet sich diese Vorschrift nicht mehr ausschließlich gegen Beamte, Aerzte oder andere Medizinalpersonen, sondern gegen alle diejenigen Personen, die „angestellt oder beschäftigt" sind, d. h. also auch gegen das Dienst- und Wartepersonal; sowie gegen Personen, die „Inhaber" solcher Anstalten sind, oder „als Inhaber daran beteiligt" sind.

Die **Unzucht zwischen Männern** (§ 175 des geltenden Rechtes, § 325 des Entwurfes) wird nach wie vor bestraft. Die Denkschrift sagt mit Recht (S. 269): „Verfehlungen dieser Art erscheinen dem gesunden Empfinden des Volkes verwerflich und strafwürdig."

Als strafbar werden bezeichnet beischlafähnliche Handlungen; dies entspricht der Auslegung des geltenden Rechtes. Die Strafe trifft beide Teile, auch wenn nur der eine tätig ist und der andere die Tätigkeit duldet. Deshalb heißt es im Entwurf:

„Männer, die miteinander eine beischlafähnliche Handlung vornehmen werden mit Gefängnis bestraft."

Strafschärfend kommen in Betracht: 1. die Begehungen der Tat unter Verführung eines Jugendlichen, 2. die Begehung unter Mißbrauch eines durch Amts- oder Dienstgewalt begründeten Abhängigkeitsverhältnisses und 3. die gewerbsmäßige Begehung.

Man kann sich mit diesen Aenderungen einverstanden erklären.

Beischlafähnliche Handlungen mit Tieren werden nach § 326 bestraft.

Die §§ über **Bigamie und Ehebruch** (§§ 171, 172 des geltenden Rechtes) sind im 24. Abschnitt des Entwurfes (§§ 337 bis 342 Verbrechen und Vergehen gegen Ehe und Elternrechte) untergebracht.

Bekanntlich ist die Eheschließung mit einer nach § 104 Z. 2 und 3 B. G. B. [1]) geschäftsunfähigen Person nach § 1325

---

[1]) § 104: „Geschäftsunfähig ist: 2. Wer sich in einem die freie Willensbestimmung ausschließenden Zustande krankhafter Störung der Geistestätigkeit befindet, sofern nicht der Zustand seiner Natur nach ein vorübergehender ist; 3. wer wegen Geisteskrankheit entmündigt ist."

B. G. B. nichtig; während die Ehe mit einer geistesschwachen, auch wegen Geistesschwäche entmündigten, Person (§ 114 B. G. B.) bedingungsweise gültig ist. [1])

Vom Standpunkt der Volkshygiene wäre ein Verbot derartiger Ehen wegen Gefährdung der Nachkommenschaft und somit der Volksgesundheit erwünscht gewesen. Der Strafgesetzentwurf bringt aber nichts derartiges.

Nach § 175 des Entwurfes wird ein zur **Ausstellung oder Aufnahme öffentlicher Urkunden** befugter **Beamter**, der innerhalb seiner Zuständigkeit eine rechtlich erhebliche Tatsache falsch beurkundet, mit Gefängnis bestraft; im geltenden Rechte (§ 348) nicht unter einem Monat. Der Strafrahmen ist damit erweitert worden. Nach Absatz 2 desselben § 175 wird auch ein Beamter bestraft, der eine ihm amtlich anvertraute Urkunde verfälscht, vernichtet, beiseiteschaft oder unterdrückt. Das Unterdrücken ist eingefügt, um sicher zu stellen, daß jede Art der Beiseiteschaffung, auch wenn sie in reinem Unterlassen besteht, getroffen wird.

Eine Urkunde ist nach § 9 Nr. 7 des Str. G. Entwurfes jeder Gegenstand, der durch Schriftzeichen oder den Schriftzeichen durch Gesetz, Verkehrssitte oder Vereinbarung gleichgestellte Zeichen einen Gedankeninhalt zum Ausdruck bringt.

Schließlich behandelt der § 355 des Entwurfes **das Berufsgeheimnis** (§ 300 des geltenden Rechtes). Hier heißt es: „Ein Beamter, der ohne besondere Befugnis ein Privatgeheimnis offenbart.“ Außer den Beamten nennt der Entwurf aber auch als mögliche Täter „Personen, welche berufsmäßig die Heilkunde, die Krankenpflege, die Geburtshilfe oder das Apothekergewerbe betreiben, sowie ihre berufsmäßigen Gehilfen, wenn sie ohne besondere Befugnis ein Privatgeheimnis offenbaren, das ihnen kraft ihres Berufes oder ihrer Beschäftigung anvertraut oder zugänglich geworden ist.“

Getroffen werden also künftig auch die nicht ärztlichen beruflichen Heilbehandler; als berufsmäßiger Gehilfe kann auch angesehen werden, wer nur zu seiner Ausbildung (als Arzt, Hebamme, Krankenpfleger) Hilfsdienste leistet, unter Umständen also auch der Student, ob für die Dienste ein Entgelt bezahlt wird, ist unerheblich.

Das geltende Gesetz schützt nur anvertraute Geheimnisse; der Entwurf dehnt die Schweigepflicht auch auf Geheimnisse aus, die dem Schweigepflichtigen zwar nicht anvertraut, aber ihm kraft seines Amtes, seines Berufes oder seiner Beschäftigung zugänglich geworden sind.

Dazu ist zu bemerken, daß nach der Rechtsprechung zu

[1]) § 1331: „Eine Ehe kann von dem Ehegatten angefochten werden, der zur Zeit der Eheschließung oder im Falle des § 1325 zur Zeit der Bestätigung in der Geschäftsfähigkeit beschränkt war, wenn die Eheschließung oder die Bestätigung ohne Einwilligung seines gesetzlichen Vertreters erfolgt ist.“

§ 52 Str. Pr. O. schon jetzt das „Gelegenheit geben zu Wahrnehmungen" als „Anvertrauen" gilt.

Strafbar ist auch künftig nur die unbefugte Offenbarung. Das Gesetz verlangt also zunächst für den Tatbestand des § 355, daß das Geheimnis „ohne besondere Befugnis" offenbart worden ist.

Dem Wunsche der Aerzteschaft entsprechend ist nun noch ein besonderer Rechtfertigungsgrund hinzugefügt worden.

Nach Absatz 3 soll nämlich die Offenbarung nicht rechtswidrig sein, wenn sie zur Wahrnehmung berechtigter privater oder öffentlicher Interessen erforderlich war, vorausgesetzt, daß dabei die sich gegenüberstehenden Interessen pflichtgemäß berücksichtigt worden sind. Durch die Einbeziehung der öffentlichen Interessen wird sicher gestellt, daß das ärztliche Berufsgeheimnis unter Umständen auch aus Gründen der öffentlichen Gesundheitspflege, z. B. zur Bekämpfung von Volksseuchen durchbrochen werden darf. Die besondere Befugnis, bei deren Vorliegen der Tatbestand entfällt, kann auf verschiedenen Gründen beruhen, z. B. auf der Einwilligung des Betroffenen oder der Zeugnispflicht. Fehlt es an einer besonderen Befugnis, so ist die Preisgabe des Geheimnisses strafbar.

Jch komme nach alledem zu folgenden Schlußfolgerungen:

1. Es empfiehlt sich, in § 292 auszusprechen: die nach den Regeln der ärztlichen Kunst vorgenommene Heilbehandlung fällt nicht unter den Begriff der strafbaren Körperverletzung.
2. Gegen den § 313 des Entwurfes sind ärztlicherseits keine Einwendungen zu erheben.
3. Der § 291 des Entwurfes (Lebensrettung) ist zu streichen.
4. Zu § 287 des Entwurfes empfiehlt sich ein Zusatz: Die im Interesse der Wissenschaft erfolgte Veröffentlichung wissenschaftlicher Arbeiten approbierter Aerzte über Methoden des künstlichen Abortes fällt nicht unter § 287.
5. Der Fassung des § 355 Str. G. Entwurfes (Berufsgeheimnis) wird ärztlicherseits zugestimmt.[1])

(Lebhafter Beifall.)

---

[1]) Literatur:

Entwürfe zu einem Deutschen Strafgesetzbuch, veröffentlicht auf Anordnung des Reichs-Justizministeriums. Berlin; 1920.

Strafgesetzbuch des Deuschen Reiches.

Ebermayer: Die Stellung des Arztes im Entwurfe zum Deutschen Strafgesetzbuche. Deutsche Med.-Wochenschrift; 1921, Nr. 5.

Fr. Strassmann: Aerztliche Bemerkungen zum Strafgesetzentwurf. Juristische Wochenschrift; 1921, Heft 7, S. 375.

A. Wach: Das Deutsche Strafgesetzbuch nach dem neusten Entwurfe. Deutsche Strafrechtszeitung; 1921, Heft 3—4 und 5—6.

S. Alexander: Der Arzt in dem Entwurfe zu einem Deutschen Strafgesetzbuch. Aerztl. Vereinsblatt; 1921, Juli und August.

Aussprache.

H. Geh. Med.-Rat Prof. Dr. **Strassmann**-Berlin weist nochmals auf die Bedenken hin gegen die geplanten Sonderbestimmungen für vermindert Zurechnungsfähige, sowie auf die Verbesserungsbedürftigkeit der Strafandrohung gegen Kindesmord. Vor allem hält er mit Rücksicht auf die weit verbreiteten Bestrebungen, die Abtreibung in frühester Zeit für ganz straflos zu erklären, es für nötig, in einem weiteren Leitsatze zu erklären, daß wir an der Strafbarkeit der Fruchtabtreibung auch unter solchen Umständen unbedingt festhalten müssen. (Beifall).

H. Geh. Med.-Rat Prof. Dr. **Puppe**-Breslau: Die ärztliche Sachverständigkeit wird sich, wenn der Entwurf Gesetz geworden sein wird, einzustellen haben auf die eigentlich gerichtlich-medizinische Aufgabe der Feststellung der Zurechnungsfähgkeit und sodann — und das ist das Neue — auf die weitere Behandlung des betreffenden Rechtsbrechers. So gehen gerichtliche und soziale Medizin untrennbar in einander über. — Die Fürsorgestellen für Jugendliche und Trinker haben sich schon jetzt auf die kommende Schutzaufsicht einzustellen. — Eine gesetzliche Bestimmung, daß Operationen nach den Regeln der ärztlichen Kunst straflos sein sollen, wird wohl nur in das Gesetz Aufnahme finden können, wenn auch Sicherungen darüber in das Gesetz kommen, was dann die Regeln der ärztlichen Kunst sind (z. B. Kommission aus behandelndem Artzt, Spezialarzt und beamteten Arzt — eventuell Instanzengang mit Benutzung der gerichtsärztlichen Ausschüsse oder auf andere Weise). Die Einführnng einer Erlaubnis zur Abtreibung in den ersten Monaten wäre ein Verhängnis für unser Volk — der Anfang vom Ende. (Beifall).

H. Min.-Direktor **Fritze**-Berlin: Vom Standpunkte des Juristen kann die Anerkennung, die der veröffentlichte Entwurf im Kreise der deutschen Medizinalbeamten gefunden hat, nur mit Freude begrüßt und damit der Dank für die mannigfachen und bedeutsamen Anregungen verbunden werden, die hier gegeben sind. Nach der Aufnahme, die der — bekanntlich noch nicht amtlichen Charakter tragende — Entwurf in der öffentlichen Kritik bisher gefunden hat, ist zu hoffen, daß die Absicht, den auf seiner Grundlage auszuarbeitenden amtlichen Entwurf baldigst der gesetzlichen Verabschiedung zuzuführen, sich verwirklichen lassen wird. Jedenfalls glaube ich auch namens des Reichsjustizministeriums, dessen Wünsche in dieser Richtnng mir bekannt sind, versichern zu können, daß von seiten der Justizverwaltungen alles geschehen wird, um die Vorlegung des Gesetzentwurfs an den Reichstag zu beschleunigen. Freilich ist noch nicht zu übersehen, welche Schwierigkeiten und Hemmnisse der Durchführung der an dem Entwurfe geplanten wesentlichen Verbesserungen aus der traurigen Finanzlage erwachsen werden. Es ist aber dringend zu hoffen, daß der endliche Abschluß der lange geplanten und jetzt so glücklich geförderten großen Strafrechtsreform hieran nicht scheitern wird. (Beifall).

H. Oberregierungsrat **Corvey**, Direktor des Landeswohlfahrtsamts in Detmold, hält es für durchaus geeignet, daß die Hauptversammlung im Anschluß an die Besprechung der Abtreibung zu einer Frage Stellung nimmt, die augenblicklich auch an anderen Stellen erörtert wird. Die Zunahme der Unterbrechung der Schwangerschaften durch Aerzte läßt es erforderlich erscheinen, daß die Aerzte von allen Fällen, in denen sie eine Schwangerschaftsunterbrechung vornehmen, hinterher Anzeige davon erstatten müssen. Er bittet deshalb, daß sich die Hauptversammlung auf den Standpunkt stellt, daß Aerzte alle Fälle in denen sie künstliche Schwangerschaftsunterbrechungen vornehmen, von ihnen hinterher dem Kreisarzt melden müssen. Eine bestimmte Stellungnahme der Medizinalbeamten zu dieser Frage wird sicherlich nicht ohne Einfluß bleiben.

H. Geh. Med.-Rat Prof. Dr. **Rapmund**-Bad Lippspringe fordert ebenfalls die Strafbarkeit jeder Schwangerschaftsunterbrechung aus nichtärztlichen Gründen; insbesondere müßte gegen die Straflosigkeit der Schwangerschaftsunterbrechungen aus sogenannten sozialen Gründen energisch Front gemacht werden. Er hält ebenfalls eine Anzeigepflicht für die durch Aerzte vorgenommenen Schwangerschaftsunterbrechungen für erforderlich, damit in dieser Hinsicht eine Kontrolle möglich sei. (Beifall).

H. Kreisarzt Dr. **Rapmund**-Querfurt schlägt mit Rücksicht auf die in seinem Kreise gemachten Erfahrungen vor, diese Anzeigepflicht auch auf die ärztlicherseits vorgenommene Tötung eines Kindes in der Geburt auszudehnen.

H. Geh. Med.-Rat Prof. Dr. **Puppe**-Breslau spricht gegen eine Ausdehnung der Anzeigepflicht auf eine solche Tötung eines Kindes in der Geburt

Nachdem die beiden Berichterstatter in kurzen Schlußworten noch ihre Genugtuung über die allgemeine Zustimmung, die ihre Ausführungen in der Versammlung gefunden, ausgesprochen haben, wird in Uebereinstimmung mit ihnen auf Vorschlag des Vorsitzenden beschlossen, daß die Verhandlungen der Reichsregierung zur Berücksichtigung überwiesen werden sollen.

Weiterhin wird der nachstehende, von Geh. Med.-Rat Prof. Dr. Rapmund gestellte Antrag:

„Die XI. Hauptversammlung des Deutschen Medizinalbeamtenvereins erklärt:

1. Die Unterbrechung der Schwangerschaft aus nicht ärztlichen Gründen darf in keinem Zeitpunkt straffrei bleiben.
2. Eine Unterbrechung der Schwangerschaft aus ärztlichen Gründen darf nur durch approbierte Aerzte vorgenommen werden; sie ist anzeigepflichtig zu machen."

einstimmig angenommen. Ein Zusatz zu 2, auch die aus ärztlichen Gründen vorgenommene Tötung eines Kindes in der Geburt anzeigepflichtig zu machen, fand dagegen nicht die Zustimmung der Versammlung.

IV. Die einheitliche Gestaltung der ärztlichen Prüfung im Deutschen Reich.

Erster Berichterstatter: Geh. Ob.-Med.-Rat Prof. Dr. **Abel**-Jena: M. H.! In unserem Kreise wie auch sonst wird wohl kein Zweifel darüber bestehen, daß der Staat mit Recht von dem Arzte, den er als Gesundheitsbeamten in seinen Dienst nimmt, besondere Kenntnisse und Fähigkeiten verlangt und deren Nachweis durch Ablegung einer eigenen staatsärztlichen Prüfung fordert. Es sind in Deutschand heute auch nur noch Ausnahmefälle, wenn ein beamteter Arzt ohne das Bestehen einer solchen Prüfung angestellt wird. Vielfach verlangen ja auch Kommunalverbände von ihren Kommunalärzten die gleiche besondere Prüfung, wie es z. B. in Preußen amtlich gewünscht wird [1]), und wie es ähnlich die preußischen Provinzialverwaltungen für die dauernd angestellten Aerzte ihrer Irrenanstalten schon lange in der Gewohnheit haben. Immer liegt der Gedanke zu Grunde, daß der amtlich beschäftigte Arzt durch Studien be-

[1]) Vgl. den Preuß. Ministerialerlaß vom 28. Dezember 1919.

stimmter Art für seine dienstliche Tätigkeit Ausbildung und Eignung gewonnen haben soll.

Eine Einheitlichkeit in den Anforderungen an die Vorbildung des zur staatsärztlichen Prüfung sich meldenden Arztes uud in der Art der Prüfung selbst besteht nun bislang in Deutschland nicht. Soweit ich habe feststellen können, — die befragten Regierungen der deutschen Länder gaben mir in sehr entgegenkommender Weise Auskunft —, besitzen 11 deutsche Länder Prüfungsordnungen und lassen auch selbst Prüfungen abhalten. Es sind dies Preußen, Bayern, Württemberg, Sachsen, Baden, Hessen, Mecklenbung, Sachsen-Weimar, Sachsen-Meiningen, Braunschweig und Hamburg. Die übrigen Länder begnügen sich, wenn sie nicht auf eine Prüfung überhaupt verzichten, mit der Ablegung der Prüfung in einem anderen und dann meist einem beliebigen deutschen Lande.

Die Prüfungsordnungen zeigen unter sich weitgehende Verschiedenheiten, was sich zum Teil schon durch die sehr auseinander liegende Zeit ihrer Entstehung erklärt. Eine Prüfungsordnung stammt noch aus dem Jahre 1883, drei dagegen sind erst 1920 und 1921 erlassen. In mehreren Staaten ist Neufassung der Vorschriften geplant. Am fruchtbarsten war Preußen in der Abänderung seiner Prüfungsordnung; 1901, 1909, 1914 und 1921 ist sie dort umgestaltet worden, meist allerdings nur in wenigen, wenn auch nicht nnwichtigen Punkten.

Die Länder mit Prüfungsordnungen verlangen in der Regel von ihren künftigen Medizinalbeamten die Ablegung ihrer eigenen Prüfung oder wenigstens die Ergänzung einer anderwärts bestandenen Prüfung nach Maßgabe der eigenen Vorschriften. Nur ausnahmsweise wird in ihnen eine Prüfung außerhalb der Landesgrenzen ohne Weiteres als ausreichend anerkannt.

Die Mannigfaltigkeit der Prüfungsvorschriften muß vom Standpunkte des Anwärters für die Medizinalbeamtenlaufbahn als unerwünscht bezeichnet werden. Sie zwingt ihn, von vornherein sich für ein bestimmtes Land zu entscheiden, in dem er als Bewerber um eine amtsärztliche Stelle auftreten will, während doch im übrigen die Allgemeingültigkeit seiner Approbation für das ganze Reichsgebiet ihm freie Hand läßt, wo er als Arzt sich zu betätigen gedenkt. Hat er in einem Lande die amtsärztliche Prüfung erledigt, so muß er, falls er in einem anderem Lande später die Anstellung als Amtsarzt nachsucht, sich in der Regel noch einer neuen oder wenigstens einer ergänzenden Prüfung unterziehen. Das ist umständlich, zeitraubend, kostspielig und persönlich unangenehm; Niemand mag sich in vorgerückteren Jahren ohne Not noch zu einer neuen Prüfung stellen.

Aber auch sachlich ist die Verschiedenartigkeit der Prüfungsvorschriften heute nicht mehr zu rechtfertigen. Mag früher vielleicht die Tätigkeit der Medizinalbeamten in den einzelnen Ländern, je nach deren Gesetzes- und Verwaltungsverhältnissen,

eine untereinander abweichende gewesen sein, sie ist es heute doch nicht mehr. Ungeachtet aller mehr scheinbaren Verschiedenheiten in den Dienstanweisungen usw. ist der Aufgabenkreis der staatlichen Gesundheitsbeamten inhaltlich allenthalben der gleiche. Die Ausübung der gesamten vom Staate wahrzunehmenden Aufsicht auf gesundheitlichem Gebiete und die Fürsorge für die Volksgesundheit in weitestem Umfange bilden den Inhalt dieses Aufgabenkreises.

Wo etwa jetzt noch Verschiedenheiten in den Zuständigkeiten und Pflichten der staatlichen Gesundheitsbeamten zwischen den einzelnen deutschen Ländern bestehen, werden sie sich in kurzer Frist immer mehr verwischen, nämlich sobald das Reich von der ihm durch die neue Verfassung vom 11. August 1919 erteilten, gegen früher wesentlich erweiterten Ermächtigung zu eigener Gesetzgebung auf dem Gebiete des Gesundheitswesens und zur Ausübung einer Aufsicht über das einschlägige Gesetzgebungs- und Verordnungswesen in den Ländern Gebrauch machen wird. Wir als Vertreter der öffentlichen Gesundheitspflege können nur wünschen, daß das Reich schnell und entschieden nach dieser Richtung vorgehen möchte, damit wir der erfreulichen Gleichmäßigkeit der Gesetzgebung, die wir schon lange in Teilgebieten des Gesundheitswesens genießen (z. B. in der Nahrungsmittelgesetzgebung, in der Gewerbehygiene, in der sozialen Versicherung, in dem Vorgehen gegen die ausländischen Seuchen), für die gesamte öffentliche Gesundheitspflege teilhaftig werden. Es ist beispielsweise doch ein Unding, daß die Bekämpfung der einheimischen Infektionskrankheiten in den deutschen Ländern noch in einer nach Art und Maß oft ganz verschiedenen Weise vor sich geht. Mit gutem Grunde hat unser Verein für morgen die Frage der Vereinheitlichung der Seuchenbekämpfung im Deutschen Reiche auf die Tagesordnung gesetzt; hoffentlich führt der Vortrag des Herrn Kollegen Rimpau zu einmütigen und wirksamen Beschlüssen.

Der Einführung einer gleichartigen, einheitlichen staatsärztlichen Prüfung im Deutschen Reiche stehen demnach irgendwelche ausschlaggebenden Schwierigkeiten nicht im Wege. Sie wäre aus persönlichen und sachlichen Erwägungen nur erfreulich. Selbstverständlich muß man sich die Verwirklichung des Gedankens nicht so vorstellen, daß die Prüfung etwa nur an einer Stelle, also z. B. nur in Berlin abgehalten werden dürfte; sie sollte und müßte vielmehr an verschiedenen Orten, wo sich geeignete Prüfungsbehörden und Prüfungsmöglichkeiten finden, veranstaltet werden können. Dadurch ergäbe sich die Möglichkeit, noch immer den Besonderheiten der Verwaltungsverhältnisse der einzelnen Länder bei der Prüfung Rechnung zu tragen, obwohl ein großer Wert hierauf nicht zu legen ist; denn wir alle wissen, daß man erst in der praktischen Arbeit als Medizinalbeamter mit den Eigenheiten der Verwaltung, die ja z. B. schon in den preußischen Provinzen oft recht unterschiedlich sind, wirklich vertraut wird. Die

Hauptsache ist, daß gleiche Grundsätze und Vorschriften für die staatsärztliche Prüfung im ganzen Reiche geschaffen werden und daß auch auf diesem Gebiete die herkömmliche Kleinstaaterei einer für das Reich einheitlichen Regelung Platz macht.

Ein Nebenerfolg wäre auch die Herbeiführung einer Freizügigkeit der Gesundheitsbeamten, d. h. der Möglichkeit für sie, ohne Weiteres aus dem Dienste eines Landes in den eines anderen übergehen zu können, oder umgekehrt für einen Staat die Möglichkeit, einen bewährten Medizinalbeamten aus fremdem Dienst in den eigenen berufen zu können. Heute seltene Vorkommnisse, können solche Fälle in Zukunft vielleicht häufiger einmal eintreten.

Fragt man sich nun, wie eine staatsärztliche Einheitsprüfung für das Reich aussehen müßte, so wird dreierlei zu erörtern sein: Erstens, welche Bedingungen für die Zulassung zur Prüfung zu stellen sind, zweitens, was den Inhalt der Prüfung ausmachen soll, und drittens, wer sie abzunehmen hat?

Die **Zulassung zur Prüfung** ist in allen bisherigen Prüfungsordnungen an die Erfüllung gewisser Voraussetzungen geknüpft, die im einzelnen wieder sehr auseinander gehen. Für gut halte ich von den Forderungen diejenige, die als Bedingung der Zulassung eine gewisse Zeit ärztlicher Tätigkeit, nämlich 3 Jahre nach Erlangung der ärztlichen Approbation festsetzt. Das hat berechtigte Gründe. Der Anwärter für die Medizinalbeamtenlaufbahn soll bereits eine gewisse Reife besitzen, soll Erfahrungen im ärztlichen Beruf gemacht haben. Wie er die Zeit seit der Approbation verwendet hat, ob er ärztliche Alleinpraxis ausgeübt, ob er in einem praktischen Spezialfach sich ausgebildet, ob er im Laboratorium gearbeitet hat, ist nicht von Belang. Der Medizinalbeamtenstand kann Männer verschiedenster Vorbildung gebrauchen, wenn sie nur an sich tüchtige Kerle sind. Der Wortlaut der neusten preußischen Prüfungsordnung verlangt „mindestens dreijährige Beschäftigung in der ärztlichen Praxis", während die frühere von „mindestens dreijähriger fachtechnischer Beschäftigung" sprach. Tatsächlich und erfreulicher Weise meinen beide Bestimmungen das gleiche; denn eine offiziöse Auslassung in dem Amtsblatt „Volkswohlfahrt" (1921 S. 259) von Geheimrat Dietrich sagt eigens: „Es ist klar, daß hier der Begriff „ärztliche Praxis" möglichst weit ausgelegt werden muß," d. h. also im Sinne einer irgendwie gearteten ärztlichen Berufstätigkeit.

Leuten mit besonders guter Note in der ärztlichen Staatsprüfung statt 3 Jahre 2 Jahre Wartezeit für die Zulassung zur staatsärztlichen Prüfung zuzugestehen, wie es die preußische Prüfungsordnung früher tat und einige andere es noch jetzt tun, hat keinen Sinn. Der im Staatsexamen hervorragend Bestandene braucht ebenso seine Zeit, um vom Leben zu lernen, wie der weniger Glückliche oder vielleicht auch weniger Fähige.

Neben einem gewissen Approbationsalter verlangen die

meisten Prüfungsordnungen noch den Nachweis bestimmter Sonderausbildung auf den für den Medizinalbeamten wichtigen Wissengebieten. Gefordert wird z. B. die Teilnahme an Vorlesungen oder Kursen oder an beiden über Hygiene und Bakteriologie, Psychiatrie, gerichtliche Medizin, Pathologische Anatomie. Die sächsische Prüfungsordnung nennt Beteiligung an besonderen Lehrgängen zur Vorbereitung, die badische das Hören von Vorträgen über die für Staatsärzte wichtigen Rechtsnormen nach der Approbation. Am weitesten geht mit solchen Anforderungen Preußen in seiner Prüfungsordnung von 1921. Außer der Teilnahme an allerlei Vorlesungen und Kursen, darunter merkwürdigerweise auch solchen, die nach der ärztlichen Prüfungsordnung von 1901 schon jeder Student sowieso mitmachen muß, stellt sie noch zur Bedingung die Ableistung eines abgeschlossenen Lehrganges in der sozialen Hygiene an einer der drei sozialhygienischen Akademien zu Breslau, Charlottenburg oder Düsseldorf und eine wenigstens dreimonatige Tätigkeit als Hilfsassistent an einer psychiatrischen Klinik.

Meines Dafürhaltens gehen alle diese Anforderungen viel zu sehr ins Einzelne und schematisieren die Art der Vorbildung des künftigen Medizinalbeamten nur. Ganz selbstverständlich ist es ja, daß kein gewissenhafter Arzt sich zur Ablegung der staatsärztlichen Prüfung stellen wird, der nicht in jeder ihm nur möglichen Weise sich darauf vorbereitet hat. Wie er das machen will, sollte man aber ausschließlich ihm selbst überlassen, ohne ihn zu bevormunden und zu bestimmten Leistungen zu zwingen. So, wie beispielsweise die preußischen Bestimmungen jetzt gehalten sind, machen sie es vielen Aerzten einfach unmöglich, überhaupt noch an die Ablegung der Amtsprüfung zu denken. Wer kann neben der Teilnahme an den sonstigen Kursen, die zur Not noch während der Studienzeit zu erledigen sind, Zeit und Mittel für 3 Monate psychiatrischer Assistententätigkeit und für einen viermonatigen Kurs an einer sozialhygienischen Akademie heutzutage noch aufbringen? Doch nur wenige Begüterte, und das sind keineswegs immer die besten Anwärter für die Medizinalbeamtenlaufbahn. Die Folgen der neuen Vorschriften merkt man bis in die Universitäten. In Jena z. B. kam im lezten Semester kein gerichtlich-medizinischer Kurs zustande, weil die Studenten erklärten, die neuen Anforderungen der preußischen Prüfungsordnung für Kreisärzte könnten sie doch nicht erfüllen, und deshalb ließen sie auch die Teilnahme an dem Kurse.

Will man sicher sein, daß nur gut vorbereitete Männer sich zur staatsärztlichen Prüfung melden, so gestalte man die Prüfung recht schwer, noch schwerer, als sie es schon immer war, und lasse Prüflinge mit unzureichenden Kenntnissen und Fähigkeiten unbarmherzig und im Wiederholungsfalle endgültig durchfallen. Es kann dem Staate nur zum Vorteile gereichen, wenn seine Medizinalbeamtenschaft durch eine ganz sorgfältige Siebung hindurchgegangen ist; ebenso kann es dem Medi-

zinalbeamtenstande nur frommen, wenn ihm Elemente ferngehalten werden, die in ihm allein die nahrhafte Staatskrippe sehen und aus Scheu vor dem Kampf ums Dasein zu ihm sich flüchten möchten.

Weit bessere Gewähr für Tüchtigkeit als alle Bestimmungen über zwangsmäßige Vorbereitungen zur Prüfung gibt außer der Schwierigkeit der Prüfung die später noch zu berührende Forderung einer praktischen Ausbildungszeit vor der Anstellung als Medizinalbeamter, die ich vorerst hier nur kurz andeuten möchte.

Ich fasse zusammen: Zulassung zur Prüfung frühestens 3 Jahre nach der Approbation, sonst keine Vorschriften über die Vorbildung, aber eine recht schwierige Prüfung, — das scheint mir das für die Anwärter und den Medizinalbeamtenstand Richtige. Will man dennoch an der Forderung gewisser vorgeschriebener Ausbildungskurse usw. festhalten, so beschränke man sie so, daß sie nicht zum Hindernis für den Nachwuchs werden.

Nun die zweite Frage: **Worauf soll die Prüfung sich erstrecken und wie soll sie gestaltet werden?**

Hier liegt m. E. ein Mangel aller bisherigen Prüfungsordnungen insofern vor, als sie noch immer daran festhalten, daß der Gesundheitsbeamte zugleich auch Gerichtsarzt, also Sachverständiger in der gerichtlichen Medizin sein soll. Das kann heute kein Mensch mehr gleichzeitig leisten. Der Gesundheitsbeamte hat alle Hände voll zu tun, wenn er neben der Erfüllung seiner praktischen, namentlich durch die Erweiterung der Fürsorgetätigkeit ja ständig wachsenden Aufgaben auch noch wissenschaftlich auf seinem Arbeitsgebiet sich einigermaßen auf der Höhe halten will. Von ihm zu verlangen, daß er auch die gerichtliche Medizin noch beherrscht, ist eine nicht zu verwirklichende Zumutung. Man muß sich darüber klar sein, daß die gerichtlich-medizinische Tätigkeit, soll sie zuverlässig sein, stete Uebung und umfassende Sammlung eigener Erfahrungen verlangt, daß sie nicht aus Büchern, sondern nur im tätigen Leben gelernt werden kann. Sie erfordert meiner Ansicht nach unbedingt Spezialisten zu ihrer Ausübung; vom Gesundheitsbeamten zu verlangen, daß er sie so nebenher treibt, kann Gutes nicht zeitigen, sondern nur die Gefahr unrichtiger Beurteilungen mit möglicherweise bedenklichen Folgen für Ehre, Freiheit und Leben anderer Menschen. Was man stellenweise schon begonnen hat, die Uebertragung der gerichtlich-medizinischen Tätigkeit an besondere Fachleute — in Hamburg beispielsweise ist es durchweg geschehen, in Preußen innerhalb gewisser Bezirke, in Bayern für die gerichtsärztliche Tätigkeit bei den Landgerichten —, das sollte ganz allgemein durchgeführt werden. In Preußen war es, wie Herr Geheimrat Dietrich berichtet (Volkswohlfahrt 1921 S. 260), erwogen, ist aber an dem Widerspruch der Justizverwaltung gescheitert. Man sollte sich an diesen Widerspruch jedoch

nicht kehren, vielmehr der Justizverwaltung klar machen, wie viel besser sie fährt, wenn sie überall gerichtsärztliche Sachverständige von größter Erfahrung und mit Sonderausbildung zur Verfügung hat statt der die gerichtliche Medizin nur nebensächlich und gelegentlich treibenden Gesundheitsbeamten. Praktisch würde es auch keine Schwierigkeiten machen, die nötige Zahl von Gerichtsärzten zu bestellen, wenn man ihnen nebenher auch einen Teil der vertrauensärztlichen Tätigkeit der Gesundheitsbeamten, also des sog. Attestwesens mit überwiese. Mit diesem Vorschlage steche ich, das weiß ich wohl, in ein Wespennest. Das Attestwesen ist heute noch ein wesentlicher Einnahmeposten für die Gesundheitsbeamten, den sie nicht missen wollen und auch wohl bei den jetzigen Besoldungsverhältnissen nicht missen können. Aber diese Nebentätigkeit entzieht sie nur zu oft mehr, als erwünscht ist, ihren eigentlichen Berufsaufgaben. Man befreie sie davon und stelle sie im Gehalt besser, — sicher wird keiner dann sich die jetzigen Verhältnisse zurückwünschen!

Mein verehrter Herr Mitberichterstatter wird die eben berührte Frage noch von seinem Gesichtswinkel aus beleuchten. Jedenfalls möchte ich nach meinen Erfahrungen den Standpunkt vertreten, daß Gesundheitsbeamter und Gerichtsarzt zwei verschiedene Personen sein sollten. Das müßte auch schon bei der amtsärztlichen Prüfung in deren verschiedener Gestaltung für beide Fächer zum Ausdruck kommen. Jeder soll von der Tätigkeit des andern etwas verstehen, um zur Not auch einmal vertretungsweise, oder der Gesundheitsbeamte z. B. als zweiter Obduzent einspringen zu können. Aber für den Gesundheitsbeamten sollte die gerichtliche Medizin, für den Gerichtsarzt die öffentliche Gesundheitspflege nur Nebenfach in der staatsärztlichen Prüfung sein.

Dies vorausgeschickt, ergibt sich der Inhalt der Prüfung für den künftigen Gesundheitsbeamten ohne viele Schwierigkeiten: Sie muß die Gebiete umfassen, auf denen er später tätig sein soll. Also soll er Bescheid wissen über Gesundheitsgesetzgebung und Medizinalverwaltung, über Hygiene, öffentliche Gesundheitspflege Gesundheitsfürsorge; daneben soll er ein gewisses Maß von Kenntnissen in Psychiatrie und gerichtlicher Medizin nebst Pathologie besitzen.

Die Einteilung der Prüfung in einen schriftlichen, praktischen und mündlichen Teil, wie sie in so ziemlich allen Prüfungsordnungen zum Ausdruck kommt, ist m. E. zweckmäßig. Ohne zu sehr in Einzelheiten einzugehen, glaube ich, daß im allgemeinen die Vorschriften der preußischen Prüfungsordnung den künftigen Reichsvorschriften zu Grunde gelegt werden könnten. Sehen Sie bitte darin aber nicht den Gedanken an eine „Verpreußung“ oder „Berlinisierung“ der deutschen Medizinalbeamtenschaft! Ich ziehe die preußische Ordnung nur deshalb als Muster heran, weil sie die neueste

ist und das, was die meisten anderen Prüfungsordnungen auch enthalten, besonders übersichtlich zusammenfaßt.

Man wird vom Anwärter für die Stellung eines Gesundheitsbeamten zwei schriftliche Arbeiten zu fordern haben, entweder beide aus dem Gebiete der Gesundheitspflege, oder auch die eine aus dem Gebiete der gerichtlichen oder versicherungsrechtlichen Medizin oder der Psychiatrie. Die mit längerer Befristung zu stellenden Arbeiten sollen den Prüfling zwingen, sich eingehend mit bestimmten Gegenständen zu beschäftigen und sie erschöpfend und kritisch zu behandeln. Die Ausarbeitungen ergeben ein Bild seiner Auffassungsgabe und Darstellungsweise, sind also wichtige Prüfsteine seiner Leistungsfähigkeit.

Den „erdachten gerichtlichen Fall" erlasse man dem künftigen Gesundheitsbeamten. Ich habe es immer gehaßt, daß man einem Mann, der sich künftig in seinem Beruf nüchternster Tatsachenbeobachtung und -deutung befleißigen soll, zum phantastischen „Erdenken" eines Falles nötigt, und möchte auch für die gerichtsärztliche Prüfung lieber die Bearbeitung eines Falles aus dem praktischen Leben, wie ihn Gerichtsakten liefern, sehen. Für den Gesundheitsbeamten ist dieser ganze Prüfungsteil aber überhaupt entbehrlich.

Im praktischen Teil der Prüfung spielt für den Gesundheitsbeamten die Sektion und das anschließende mikroskopische Präparat keine wesentliche Rolle und kann fortfallen. Die Untersuchung und Begutachtung eines Verletzten und eines Geisteskranken wäre dagegen beizubehalten, weil dabei sich die allgemeinen ärztlichen Kenntnisse, das schnelle schlüssige Denken und Urteilen und die Klarheit der Ausdrucksweise prüfen lassen.

Auch die Erledigung einer einfachen hygienischen und bakteriologischen Untersuchung ist zweckmäßig. Hat der Gesundheitsbeamte bei dem Vorhandensein einer ausreichenden Zahl von hygienischen und bakteriologischen Untersuchungsämtern auch kaum mehr Gelegenheit, praktisch solche Untersuchungen auszuführen, so muß er doch mit ihnen Bescheid wissen, um beurteilen zu können, wie groß ihre Sicherheit und Tragweite ist und was er von den Untersuchungsanstalten an Leistungen fordern kann.

Die Lösung einer praktischen Aufgabe aus dem Gebiete der Medizinal- und Sanitätspolizei in Klausur, womöglich an der Hand von Akten, ist ebenfalls nützlich.

Entbehrlich dagegen ist die in der neuen preußischen Prüfungsordnung vorgesehene praktische Aufgabe, die aus dem Gebiete der sozialen Hygiene — Gesundheitsfürsorge, Kranken- und Siechenfürsorge, Medizinalstatistik — entnommen sein soll. In dieser preußischen Vorschrift liegt eine Verbeugung vor einer Moderichtung, anders kann ich es nicht nennen, — vor der sog. sozialen Hygiene.

Sie Alle wissen, daß der Ausdruck „Soziale Hygiene“ in den letzten Jahren zu einem Schlagwort geworden ist. (Sehr richtig!) Jedes zweite Wort überhaupt muß jetzt „sozial“ heißen, und wer von Volksgesundheit redet, muß die „soziale Hygiene“ im Munde führen. Fragt man, was denn eigentlich soziale Hygiene ist, so bekommt man die verschiedensten Antworten. Jedenfalls soll es ganz etwas anderes sein, als was wir bisher unter dem allgemeinen Begriff der Hygiene zusammengefaßt haben. Praktisch kommt die Sache darauf hinaus, daß versucht wird, die gesundheitliche Fürsorgetätigkeit für die weniger bemittelten, durch ihre soziale Lage gesundheitlich gefährdeten und daher besonders hilfsbedürftigen Volkskreise als ein Gebiet für sich, eben als die soziale Hygiene abzugrenzen.

Es ist nun gewiß nicht zu leugnen, daß diese Art der Gesundheitsfürsorge im Laufe des letzten Jahrzentes praktisch in großem Umfange sich ausgebaut hat und noch immer weiter wächst. Das ist zweifellos erfreulich. Aber ist denn damit eine neue Wissenschaft geschaffen oder ein neues Wissensgebiet erschlossen worden? Liegt denn in der Tat etwas anderes vor, als die Anwendung allgemeiner hygienischer Lehren und Erfahrungen in Form von Wohlfahrtseinrichtungen auf bestimmte Volkskreise?

Mit großem Interesse habe ich die Programme der drei sozialhygienischen Akademien in Breslau, Charlottenburg und Düsseldorf für ihre Kurse durchgesehen. Man muß sagen, es ist bewundernswert, wie umfassend die Programme gestaltet sind, wie sie bemüht sind, alles in ihren Kreis einzubeziehen, was die Volkswohlfahrt überhaupt angeht. Will man aber ehrlich sein, so muß man doch zugeben, auf gesundheitlichem Gebiete bringen sie nichts weiter, als was schon längst jeder moderne Vertreter der wissenschaftlichen Hygiene an den Universitäten seinen Zuhörern im Hygienekolleg, natürlich in kürzerer und dem jugendlichen Alter der Studenten angepaßter Form vorträgt. Es ist ein Irrtum, wenn man glaubt, eine sozusagen physische Hygiene von einer sozialen Hygiene unterscheiden und abtrennen zu können. Das ist einfach unmöglich, weil eine Trennungslinie nicht zu ziehen ist. Die wissenschaftliche Hygiene hat stets und zu jeder Zeit — man vergleiche nur Pettenkofers Schriften! — auch die sozialen Beziehungen der Volksgesundheit mit in ihren Gesichtskreis gezogen, sie vielleicht nicht immer so in den Vordergrund gestellt, wie manche es wünschten, sicher aber auch sie nie vernachlässigt. Wenn sich heute jemand ausdrücklich als „Sozialhygieniker“ bezeichnet, so kommt mir, ich kann mir nicht helfen, immer der Begriff des alten „Wundarztes“ in den Sinn. Wie der Wundarzt nur für bestimmte äußere Leiden zuständig, kein vollständiger Arzt war, so gibt auch der Sozialhygieniker mit seiner Bezeichnung kund, daß er kein voller, richtiger, das ganze Gebiet der Gesundheitslehre umspannender Hygieniker

ist oder sein will oder auch sein kann, sondern nur sozusagen ein Hygieniker minderer Art. (Sehr richtig!)

Ganz verfehlt ist es auch, den Medizinalbeamten den Vorwurf zu machen, wie es erst jüngst auf dem Gesundheitsfürsorgetag in Berlin geschehen ist, sie hätten die praktische sozialhygienische Arbeit vernachlässigt. Ich brauche nur auf die Zusammenstellung zu verweisen, die unser trefflicher Kollege Kühnlein-Merseburg unlängst in der Zeitschrift für Medizinalbeamte über die einschlägige Tätigkeit der preußischen Kreisärzte veröffentlich hat, und sicher gilt das Gleiche auch für die Gesundheitsbeamten der anderen deutschen Länder. Nur haben die Medizinalbeamten von ihrer nach dieser Richtung geleisteten Arbeit nie viel Wesens gemacht, sondern, wie auch sonst bei ihrer Arbeit, erwartet, daß ihre Leistungen, die sie als selbstverständliche Pflichterfüllung ansahen, für sie selber zeugen würden. (Allseitige Zustimmung).

Kehre ich zur amtsärztlichen Prüfungsordnung zurück, so kann ich auf Grund des eben Ausgeführten nur sagen, daß ich eine besondere Prüfung über soziale Hygiene für überflüssig erachte. (Sehr richtig). Im Rahmen eines Prüfungsabschnittes „Hygiene, öffentliche Gesundheitspflege und Gesundheitsfürsorge“ läßt sich praktisch und mündlich auch die Prüfung in den Fragen, die die soziale Hygiene als ihr Sondergebiet angesehen wissen möchte, ohne Weiteres mit erledigen.

Die Fächer der mündlichen Prüfung für den Gesundheitsbeamten ergeben sich nach allem Vorausgeschickten von selbst: „Eingehende Prüfung in Gesundheitsgesetzgebung und Medizinalverwaltung, in Hygiene, Gesundheitspflege und -fürsorge, mehr nebensächliche in Psychiatrie und gerichtlicher Medizin.“

Bleibt als letzte Frage die, **wer die Prüfung abnehmen soll?** Hier stoße ich wohl auf keinen Widerspruch, wenn ich zunächst verlange, daß nur Mediziner die Prüfung abhalten. Die Beteiligung eines pharmazeutischen Examinators oder des Generalstaatsanwalts, wie einzelne Ordnungen es vorsehen, sind Bestimmungen, die beseitigt werden müssen. Als Prüfer mögen in erster Linie die leitenden Medizinalbeamten der Länder tätig sein, in denen die Prüfung veranstaltet wird.

Nach Bedarf mögen akademische Vertreter einzelner Fächer mitwirken. Für recht wünschenswert halte ich es aber auch, daß hervorragende Vertreter aus der Zahl der Medizinalbeamten außerhalb der Landeszentralbehörde zugezogen werden, wie dies in Bayern beispielsweise schon geschieht, indem abwechselnd ein Regierungsmedizinalbeamter aus der Provinz an der Prüfung teilnimmt.

M. H.! Eine nach diesen Gesichtspunkten vorgenommene und streng durchgeführte Prüfung wird genügende Gewähr bieten, daß nur tüchtiger Nachwuchs dem Medizinalbeamtenstande zugeht. Aber, worauf ich schon früher anspielte, mit der Ablegung der Prüfung halte ich die Vorbildung des Medizinalbeamten noch nicht für beendet. Ehe eine Anstellung im

Staatsdienste mit selbständiger und selbstverantwortlicher Diensttätigkeit erfolgt, sollte stets noch eine **praktische Ausbildungszeit** vorhergehen; sie soll der Anwärter, natürlich unter entsprechender Besoldung, als Assistent eines reichlich und vielseitig beschäftigten staatlichen Gesundheitsbeamten in der Kreis- oder Bezirksinstanz durchmachen. Hier kann er sich in die Verwaltungs- und Bürokünste einarbeiten, deren Beherrschung für den Beamten eben doch einmal unentbehrlich ist; hier kann er sich in praktischer Anwendung des für die Prüfung Gelernten üben; hier kann er zeigen, daß er neben seinem Wissen auch die für einen Medizinalbeamten nötigen persönlichen Eigenschaften und Fähigkeiten besitzt. Das sind: freundliches, aber bestimmtes Wesen, scharfe Beobachtung, rasche Auffassung, Kraft zu schnellem und sicherem Entschlusse, Ausdauer in der einmal begonnenen Arbeit, Unermüdlichkeit im Dienste. Erst nach mindestens einjähriger Bewährung in solcher Lehrzeit darf der Anwärter endgültig angestellt werden. Natürlich ist mir bekannt, daß die Medizinalverwaltungen schon jetzt häufig eine derartige Ausbildungszeit als Kreisassistenzarzt usw. eintreten lassen. Es scheint mir aber nötig für den Medizinalbeamtenstand, daß sie grundsätzlich gefordert werden und nicht nur sozusagen als Form gelten möge, daß also auch Leute, die sich in der Probezeit nicht voll bewähren, ungescheut von der Anstellung ausgeschlossen werden sollten.

M. H.! Ich bin am Ende meiner Ausführungen. Was ich Ihnen vorgetragen und vorgeschlagen habe, sind meine rein persönlichen Ansichten. Sagen sie Ihnen zu, soll es mich freuen. Wissen Sie Besseres, setzen sie es an die Stelle. Ich hoffe und wünsche nur, daß unsere Beratungen heute mit einhelligen Beschlüssen enden, die unser Verein durch seinen Vorstand dann der Reichsregierung und den Landesregierungen mit dem Antrage auf Vereinbarung und Erlaß einheitlicher Prüfungsvorschriften und gegenseitiger Anerkennung der Prüfungen für die Amtsärzte vorlegen kann. Vielleicht bahnen wir mit der Gleichmäßigkeit der Vorbildung für die Amtsärzte auch eine größere Uebereinstimmung in Dienststellung und Titeln der Medizinalbeamten an und leisten damit dem Stande einen wesentlichen Dienst.

(Lebhafter Beifall.)

Zweiter Berichterstatter: H. Geh. Med.-Rat Prof. Dr. **Straßmann,** Direktor des Instituts für Staatsarzneikunde in Berlin: M. H.! Es entspricht nicht dem Brauche unseres Vereins, politische Meinungsverschiedenheiten in unseren Verhandlungen zum Austrag zu bringen. Ich denke davon nicht abzuweichen, obwohl ich nicht verkenne, daß unser Thema einen gewissen politischen Beiklang hat. Aber mir scheint dieser nicht überwiegend. Mag unser Ideal mehr die Einheit des Reiches sein oder mögen wir mehr auf die Wahrung der Sonderart der einzelnen Länder bedacht sein, über die uns jetzt vorliegende

Frage werden wir uns einigen können; denn in der etwas abweichenden Gestaltung der amtsärztlichen Prüfungsordnung wird kaum jemand einen besonders wertvollen Besitz seines Landes erblicken. Es sind auch, wie die Durchsicht ergibt, so große und grundsätzliche Verschiedenheiten hier nicht vorhanden. Eine gleichmäßige Ordnung verlangt auf keiner Seite besondere Opfer. Freilich wird es zweckmäßig sein, eine gemeinsame Ordnung vorzuschlagen, die aus den bisher bestehenden einzelnen zusammengesetzt ist und nicht einfach die allgemeine Annahme aller Bestimmungen eines einzelnen Staates, insbesondere etwa des größten, zu verlangen.

Die erste grundsätzliche Frage, die uns unsere Aufgabe stellt und die schon mein Mitberichterstatter berührt hat, ist die nach der **Teilung der Prüfung.** Sollen wir eine einzige amtsärztliche Prüfung beibehalten oder sie trennen in eine Prüfuug für Gerichts- und für Verwaltungsärzte? Ihre Beantwortung ist natürlich abhängig von der Frage, wie der amtsärztliche Dienst in den Ländern des Reiches künftig organisiert werden wird, ob das Amt des Gerichtsarztes von dem des Verwaltungsarztes grundsätzlich geschieden werden soll.

Mein Herr Berichterstatter hat diese Frage bejaht, und ich glaube auch, daß die Entwickelung der Zukunft dahin gehen wird, mehr und mehr die beiden Aemter zu trennen. Eines freilich möchte ich an dieser Stelle nicht unerwähnt lassen. Es wird immer, besonders bei uns in Preußen, hervorgehoben, daß die Kreisärzte, um sich voll ihren hygienischen und sozialhygienischen Aufgaben widmen zu können, von der gerichtsärztlichen Tätigkeit entlastet werden müssen. Ich habe sowohl bei meinen Fortbildungskursen, wie bei dem praktischen Zusammenwirken mit den Kollegen vor Gericht den Eindruck gewonnen, daß jedenfalls ganz überwiegend sie ihre gerichtsärztliche Tätigkeit nicht als eine Last betrachten, von der sie enthoben zu werden wünschen, sondern als eine Aufgabe, der sie sich mit besonderer Liebe, mit besonderem Interesse widmen. Ich habe dies auch bei den Kollegen empfunden, die mit ausgesprochen hygienischer Vorbildung ins Amt getreten sind. Es ist das wohl nicht unbegreiflich; denn die Bedeutsamkeit gerichtsärztlicher Tätigkeit tritt unmittelbarer und offener zu Tage, als die der sonstigen sich im allgemeinen langsamer auswirkenden Arbeit des Verwaltungsarztes.

Aber auch, wenn in allen Ländern ähnlich wie hier in Bayern, eine Anstellung besonderer Gerichtsärzte durchgeführt sein wird, kann doch die gerichtsärztliche Tätigkeit der Kreis- oder Bezirksärzte nicht ganz aufhören. Es wird besonders in den dünn bevölkerten Bezirken, in denen der Amtskreis der Gerichtsärzte daher ein sehr ausgedehnter sein wird, immer wieder nötig sein, daß den Gerichten zu deren Vertretung und Unterstützung noch andere zuverlässige Sachverständige zu Gebote stehen, und die Kreis- oder Bezirksärzte sind dazu of-

fenbar die nächsten. Man wird also von ihnen das Bestehen einer Prüfung fordern müssen, die sowohl zum Gerichtsarzt, wie zum Verwaltungsarzt befähigt.

Daneben wird es jedoch in Zukunft eine ganze Reihe von angestellten Aerzten geben, für die besondere Kenntnisse auf beiden Gebieten nicht erforderlich sind. Ich denke dabei einerseits an die Kommunalärzte und Aerzte in ähnlicher Vertrauensstellung, die mit gerichtsärztlichen Aufgaben nichts zu tun haben. Anderseits wird es, wenn die Trennung beider Funktionen mehr durchgeführt ist, später gewiß öfter vorkommen, daß z. B. die Assistenten gerichtsärztlicher Institute unmittelbar zu Gerichtsärzten befördert werden und niemals kreis- oder bezirksärztliche Aufgaben zu erledigen haben. Es wird auch manchen Aerzten der Irrenanstalten erwünscht sein, ihr Ansehen vor Gericht durch eine bestandene Sonderprüfung stärken zu können.

Nun, m. H., kann man natürlich sagen, es schadet doch allen den Genannten nichts, wenn sie auch in einem Fache, das sie praktisch nachher nicht ausüben, sich Kenntnisse erwerben. Das ist gewiß richtig; ich habe auch früher meinen Kindern wie meinen Schülern oft genug erklärt: Was ich weiß, hat mir noch nie geschadet, nur was ich nicht weiß. Aber wir sind doch jetzt gezwungen, wirtschaftliche Gesichtspunkte mehr in den Vordergrund zu stellen, als es früher geschehen ist. Wir werden uns nicht mehr für berechtigt halten dürfen — und dieser Gesichtspunkt wird ja auch meine späteren Einzelvorschläge zu beherrschen haben — an die Vorbereitungszeit und an die Vorbereitungskosten unseres Nachwuchses höhere Ansprüche zu stellen, als die Notwendigkeit verlangt.

Von diesem Gesichtspunkte aus möchte ich grundsätzlich befürworten, daß *man eine besondere Prüfung für zukünftige Gerichtsärzte und für zukünftige Verwaltungsärzte einrichtet*, zugleich aber die Möglichkeit schafft, diese *im unmittelbaren Anschluß aneinander*, beispielsweise in der ersten und zweiten Hälfte einer Woche, *abzulegen*, da voraussichtlich die Mehrzahl der zu Prüfenden doch beide Berechtigungen wird erwerben wollen.

Ebenso müßten auch für die **Zulassung** zur Prüfung gesonderte Bedingungen aufgestellt werden; es muß die Möglichkeit gewährt werden, die Vorbereitung zur verwaltungsärztlichen und zur gerichtsärztlichen Prüfung gesondert zu erledigen und anderseits doch auch die Möglichkeit, diese Vorbereitungsgänge im Anschluß an einander durchzuführen. Ohne in die Aufgabe meines Mitberichterstatters näher eintreten zu wollen, meine ich, daß man vielleicht für die Zulassung zu jeder der beiden Prüfungen eine *Vorbereitungszeit von 3 Monaten* wird einsetzen können und Einrichtungen treffen sollte, daß immer der eine dreimonatige Kurs alsbald an den anderen angeschlossen werden kann.

Ich halte es für notwendig, daß dieser dreimonatige Vorbereitungskurs für die zukünftigen Gerichtsärzte erst nach Erlangung der ärztlichen Approbation abgelegt wird, wie es z. B. in Baden ausdrücklich vorgeschrieben ist. Wenn, wie bisher in Preußen, der Besuch des gerichtlich-medizinischen, des pathologisch-anatomischen Kurses und der psychiatrischen Klinik während des normalen Studiums zugelassen ist, so ist doch zu befürchten, daß die vielfache anderweitige, dem Studierenden obliegende Arbeit ihn verhindert, sich diesen Sonderfächern mit der gleichen Konzentration zu widmen, als wenn er nur mit ihnen beschäftigt ist. Eine solche Konzentration wird man aber für eine erfolgreiche Vorbereitung verlangen müssen. Anderseits glaube ich doch auch, daß 3 Monate ausschließlich den genannten Fächern gewidmet, genügen werden. Ich würde nicht empfehlen, etwas mehr zu verlangen, vielleicht 3 Monate Tätigkeit in einer Irrenanstalt und 3 Monate am pathologischen und gerichtlich medizinischen Institut. Ich weise nochmals auf den vorher angeführten ökonomischen Gesichtspunkt hin. Man wird die Anforderungen für die Zulassung zur gerichtsärztlichen Prüfung nicht überspannen dürfen. Verlangt man zu große Opfer von den Anwärtern, so läuft man Gefahr, nicht die nötige Anzahl zu erhalten; denn der Lohn dafür, wenigstens der klingende Lohn, entspricht doch so großen Opfern nicht.

Für die **Prüfung** selbst halte ich zunächst eine schriftliche Ausarbeitung über ein gerichtsärztliches Thema, wie sie die meisten Prüfungsordnungen vorschreiben, für notwendig. Wenn einzelne Ordnungen, wie z. B. die hessische, nur eine kurze Klausurarbeit verlangen, so läßt sich dafür manches sagen. Aber es entspricht doch der späteren gerichtsärztlichen Tätigkeit durchaus, in häuslicher Ruhe unter Zuziehung aller Hilfsmittel sein Gutachten fertig zu stellen; es fällt daher nicht aus dem Rahmen gerichtsärztlicher Aufgaben, daß man, wie es sonst üblich ist, dem Prüfling ein Thema zu häuslicher Ausarbeitung mit längerer Frist gewährt. Im allgemeinen hat man bisher für beide Aufgaben eine Frist von 6 Monaten gewährt, für die eine würde eine solche von drei Monaten genügen. Vom technischen Standpunkt des Prüfers hat es entschieden seinen Vorzug, daß durch das vorherige schriftliche Examen ganz ungeeignete Persönlichkeiten von vornherein ausgeschlossen werden.

Ich schlage vor, es bei einer gerichtsärztlichen Arbeit über ein bestimmtes Thema aus der gerichtlichen Medizin im engeren Sinne, der versicherungsrechtlichen Medizin oder gerichtlichen Psychiatrie bewenden zu lassen. Der „erdachte Fall mit vollständigem Obduktionsprotokoll und Obduktionsbericht“, in dem eine bestimmte Frage zu beantworten ist, den Preußen und Hamburg vorschreiben, kann wohl in Fortfall kommen. Die Fähigkeit, ein brauchbares Obduktionsprotokoll zu verfassen, wird im mündlichen Teile der Prüfung kontrolliert. Eine sich anschließende Erörterung in Verbindung mit der schriftlichen

Arbeit gibt genügend Gelegenheit, die Fähigkeit zur Begutachtung eines bestimmten Falles zu prüfen. Die Gabe der Phantasie, die der erdachte Fall erfordert, gehört nicht zu denen, die wir unbedingt prüfen müssen. Freilich darf man nicht verkennen, daß ein guter Gerichtsarzt auch Phantasie braucht. Schwierige Probleme erschließen sich uns oft nicht durch rein logisches Denken, sondern durch eine mehr künstlerische Intuition.

M. H.! Wir haben in Preußen mehrfach versucht, an Stelle des erdachten Falles dem zu Prüfenden einen bestimmten tatsächlich vorgekommenen Fall an der Hand der Akten zur Begutachtung zu übergeben, wie dies z. B. die sächsische Prüfungsordnung grundsätzlich vorschreibt. Wir sind dabei auf unüberwindliche Schwierigkeiten gestoßen: Es ist ja schon rein technich schwierig, z. B. aus etwaigen Strafakten das tatsächlich abgegebene gerichtliche Gutachten zu entfernen und auch alle Hinweise auf dessen Inhalt- vielleicht im Erkenntnis-auszuschalten. Ist aber das wirklich abgegebene Gutachten erkennbar, so bietet die Aufgabe doch wohl nicht genügend Gelegenheit, die Fähigkeit des Anwärters zu selbständiger Bearbeitung eines Falles zu prüfen. Eine bindende Vorschrift in diesem Sinne scheint mir deswegen nicht am Platze, dagegen würde ich damit einverstanden sein, wenn gemäß der Verordnung für Sachsen Weimar bezw. Thüringen vorgeschrieben wird, daß die Arbeit sich „soweit tunlich" an einen bestimmten aktenmäßigen Fall anschließen soll.

Die Gestaltung der praktischen und mündlichen Prüfung wird keine besonderen Schwierigkeiten bieten. In Uebereinstimmung mit den meisten Prüfungsordnungen wird man die Untersuchung und Begutachtung eines Verletzten bezw. Kranken auf Haftfähigkeit oder Erwerbsfähigkeit oder schwere Körperverletzung, die Untersuchung eines Geisteskranken auf Zurechnungs- oder Geschäfts- oder Verhandlungsfähigkeit, auch auf Anstaltsbedürftigkeit, die Ausführung der Obduktion mindestens einer Körperhöhle mit Diktat eines voschriftsmäßigen Protokolls und vorläufigen Gutachtens, ferner den Nachweis genügender Fähigkeit zu den für den Gerichtsarzt erforderlichen mikroskopischen, mikrochemischen und spektroskopischen Untersuchungsmethoden vorschreiben. Ich würde allerdings- gemäß der württembergischen Vorschrift die Forderung einer ganzen Obduktion vorziehen; schon deshalb weil man nur dann die Fähigkeit zur Abgabe des Gutachtens ausreichend prüfen kann. Endlich eine mündliche Prüfung aus dem gesamten Gebiet der gerichtlichen und versicherungsrechtlichen Medizin und gerichtlichen Psychiatrie. Es scheint mir zweckmäßig, hierbei entsprechend der badischen Vorschrift ausdrücklich auch hinzuweisen auf die notwendigen Kenntnisse von Strafgesetzbuch, Strafprozeßordnung und den übrigen wichtigen Gesetzbüchern, ohne deren Kenntnis der Gerichtsarzt doch eine traurige Rolle spielt. Die badische Prüfungsordnung verlangt auch in der Vorbereitungszeit das Hören besonderer Vorträge hierüber. Ich

glaube aber, daß diese Aufgabe schließlich auch der Lehrer der gerichtlichen Medizin und Psychiatrie erfüllen kann.

Zum Schluß, m. H., noch ein paar grundsätzliche Fragen. Man könnte empfehlen, von einer besonderen gerichtsärztlichen Prüfung ganz abzusehen und dafür von jedem Arzte in der allgemeinen ärztlichen Prüfung ein ausreichendes Maß gerichtsärztlicher Kenntnisse zu verlangen. Die meisten Kulturstaaten außer Deutschland haben diesen Weg eingeschlagen, für den man auch bei uns geltend machen könnte, daß jeder Arzt nach dem Gesetz zur gerichtsärztlichen Tätigkeit berufen werden kann. Ich halte es aber nach meiner Kenntnis der Sachlage für aussichtslos, zu erwarten, daß in der nächsten ärztlichen Prüfungsordnung unser Fach in solchem Umfange berücksichtigt werden wird. Wir wollen zufrieden sein -- einen entsprechenden Leitsatz habe ich angefügt —, wenn in Zukunft jeder Arzt wenigstens ein bescheidenes Maß von Kenntnis seiner gesetzlichen Rechte und Pflichten und der Grundlagen seiner späteren gutachtlichen Tätigkeit nachweisen muß. Daß er die Kenntnisse und Fertigkeiten darzutun hat, die jemand besitzen muß, um den Anforderungen der Gerichte wirklich ausreichend zu entsprechen, wird nicht erreicht werden können. Es wäre auch vielleicht zu viel verlangt, da die eigentlich schwierigen und besonders verantwortungsvollen gerichtsärztlichen Aufgaben doch nach unserer Organisation kaum je von einem nicht besonders dazu berufenen Arzt in entscheidender Weise zu lösen sind. Für die Lösung dieser Aufgaben bedarf es eben doch besonderer Kenntnisse und Fähigkeiten, sollen nicht Recht und Gerechtigkeit leiden. Freilich ist mit der Prüfung allein es natürlich nicht getan. Es muß dafür gesorgt werden, daß die erworbenen Fähigkeiten nicht verrosten, daß der zukünftige Gerichtsarzt einen ausreichenden Wirkungskreis erhält und daß er möglichst von der Zeit der Prüfung an bis zur Anstellung unter Leitung eines älteren bewährten Gerichtsarztes in die praktische Tätigkeit, vielleicht als Gerichtsassistenzarzt, eingeführt wird. Aber mit der näheren Erörterung dieser Punkte würde ich die Grenze meiner heutigen Aufgabe überschreiten. Ich habe daher einen entsprechenden Leitsatz nur im allgemeinen formuliert.

(Lebhafter Beifall.)

Die Leitsätze, über die die beiden Berichterstatter sich geeinigt haben, lauten folgendermaßen:

1. Die Verschiedenheit der staatsärztlichen Prüfung in den einzelnen deutschen Ländern ist sowohl für die Anwärter unerwünscht, wie auch sachlich unnötig, da die Aufgaben der Medizinalbeamten im wesentlichen überall die gleichen sind und es künftig noch mehr werden müssen, wenn das Reich von seiner in der neuen Verfassung erweiterten Zuständigkeit zum Erlass von gesundheitlichen Vorschriften Gebrauch machen wird. Eine nach Form und Anforderungen

gleichartige Prüfung in allen deutschen Ländern erscheint ohne Schwierigkeit durchführbar.

2. Die Prüfung ist in einen verwaltungsärztlichen und gerichtsärztlichen Abschnitt zu teilen; sie kann sich auch auf einen dieser beiden Abschnitte beschränken. Demgemäß sind auch die Vorbedingungen für die Zulassung zur Prüfung für jeden Abschnitt getrennt aufzustellen, falls überhaupt an der Bestimmung besonderer Vorbedingungen festgehalten wird. Nach unserer grundsätzlichen Anschauung sollte nur der Nachweis dreijähriger ärztlicher Tätigkeit nach der Approbation gefordert und im Uebrigen den Prüflingen überlassen werden, wie und wo sie sich die erforderlichen Kenntnisse erwerben wollen.
3. Jedenfalls dürfen mit Rücksicht auf die gegenwärtige wirtschaftliche Lage diese Vorbedingungen nicht zu hoch gespannt werden, wenn nicht die Gewinnung des Nachwuchses gefährdet werden soll. Für die Zulassung zum gerichtsärztllchen Abschnitt wird man sich begnügen müssen mit einer dreimonatigen ausschließlich der gerichtlichen Medizin, pathologischen Anatomie und Psychiatrie gewidmeten Vorbereitungszeit nach erlangter Approbation. Die versicherungsrechtliche Medizin wird hier, wie auch sonst, als zur gerichtlichen Medizin gehörig angesehen, ebenso wie die Lehre von den wesentlichen Reichs- und Landesgesetzen. Für die Gesundheitsbeamten käme die Teilnahme an einem dreimonatigen hygienisch-bakteriologischen Kurs in Frage.
4. Den ersten Abschnitt beider Prüfungsteile, nach dessen Bestehen erst die weiteren abgelegt werden können, bilden zwei schriftliche Arbeiten in der bisher bereits üblichen Art. Die Bearbeitung der gerichtsärztlichen Aufgabe soll sich, wenn möglich, an einen praktischen Fall anschliessen. Für die Ausarbeitung ist eine Frist von 6 Monaten zu gewähren.
5. Die praktische Prüfung besteht in ihrem gerichtsärztlichen Teil aus Untersuchung und Begutachtung eines Verletzten, eines Geisteskranken, Obduktion mit Protokoll und Gutachten, Nachweis der erforderlichen Fertigkeit im mikroskopischen (mit spektrokopischen) Untersuchungen, denen sich eine mündliche theorethische Prüfung in gerichtlicher Medizin anschließt. Für die praktische und mündliche Prüfung im anderen Teil kann im Ganzen die preußische Prüfungsordnung als Muster dienen, doch ist die Prüfung über soziale Hygiene mit der allgemeinen Prüfung über Hygiene und öffentliche Gesundheitspflege zu vereinigen.
6. Der Deutsche Medizinalbeamtenverein hält es für geboten, daß schon in der ärztlichen Hauptprüfung der Besitz der für jeden Arzt erforderlichen Kenntnisse in der

gerichtlichen Medizin durch eine Fachprüfung festgestellt wird. Ein Teil der Leitsätze 2, 3 und 4 ist nur unter dieser Voraussetzung durchführbar.

7. Vor Anstellung als selbständiger Gesundheitsbeamter ist nach Bestehen der Prüfung noch mindestens einjährige Tätigkeit und Bewährung in der Lokal- und Bezirksinstanz zu verlangen. Aehnlich ist bei der Anstellung der Gerichtsärzte zu verfahren.

Aussprache.

H. Geh. Med.-Rat **Forstreuter**, Kreisarzt in Königsberg i. Pr.: Dem dritten Leitsatz der Berichterstatter können wir Kreisärzte nur beistimmen. Wenn die neue preußische Prüfungsordnung vor der Meldung zum Kreisarztexamen eine dreimonatliche Assistenzarztzeit in einer psychiatrischen Klinik und einen mindestens dreimonatlichen Kursus in einer der sozialen Akademien verlangt, so wird hierdurch den preußischen Aerzten auf dem Lande oder in den Kleinstädten das Ablegen des Kreisarztexamens unmöglich gemacht. Es sind aber nicht die schlechtesten Kreisärzte, die aus den praktischen Aerzten hervorgegangen sind. Unbedingt ablehnen müssen wir aber den zweiten der Leitsätze, in dem eine Teilung des Examens in ein solches auf dem gesundheitlichen Gebiet und ein solches auf dem gerichtsärztlichen Gebiet vorgeschlagen wird. Die Kreisärzte, auch wenn ihnen keine gerichtsärztlichen Geschäfte von Amtswegen übertragen sind, müssen gerichtsärztliche Kenntnisse besitzen, ebenso wie für die Gerichtsärzte Kenntnisse über hygienische Einrichtungen und die bestehenden gesundheitlichen Bestimmungen erforderlich sind. (Beifall).

H. Geh. Min.-Rat Prof. **Dieudonné**-München hält als Vertreter eines Landes, in dem seit langem besondere Gerichtsärzte aufgestellt sind, eine Trennung der Prüfung in Hygiene für den Gesundheitsarzt und in gerichtlicher Medizin für den Gerichtsarzt für nicht angängig. Die Mehrzahl der Aerzte kann sich bei der Ablegung der Prüfung noch nicht entscheiden, welche Prüfung sie ablegen sollen. In Bayern werden nach der Prüfung alle zwei Jahre Qualifikationarbeiten für die Anwärter für den ordentl. Staatsdienst zur Bearbeitung gestellt, außerdem Fortbildungskurse auf beiden Gebieten abgehalten. Landgerichtsarzt und Bezirksarzt müssen sich gegenseitig vertreten können. Es dürfte genügen, die seitherige Prüfung schwerer zu gestalten. Im übrigen wird sich eine einheitliche Regelung der Prüfungsvorschriften für das ganze Reich mit den Leitsätzen der Berichtserstatter leicht ermöglichen lassen. In Bayern sind die Medizinalreferenten bei den Regierungen Prüfende auf dem Gebiete der Medizinalgesetzgebung, was sich sehr bewährt hat. (Beifall).

H. Geh. Med.-Rat Prof. Dr. **Rapmund**-Bad Lippspringe betont ebenso wie die beiden Vorredner die Notwendigkeit, die bisherige einheitliche Prüfung für alle Medizinalbeamten beizubehalten, ohne Rücksicht darauf, ob sie später Gesundheitsbeamte oder Gerichtsärzte werden wollen. Der Medizinalbeamte muß auf allen Gebieten seiner amtlichen Tätigkeit gut beschlagen sein, sonst wird er nicht als vollwertig angesehen. Auch als reiner Gesundheitsbeamter bedarf der Kreisarzt in seiner Eigenschaft als Sachverständiger eine ausreichende gerichtsärztliche Ausbildung und umgekehrt der Gerichtsarzt eine solche auf gesundheitlichem Gebiete, da auch Fragen z. B. aus dem Gebiete der Nahrungshygiene, Wohnungshygiene usw. zu seiner Begutachtung kommen. Die Anstellung besonderer Gerichtsärzte läßt sich außerdem nicht überall durchführen und würde eine große finanzielle Belastung des Staats und des Publikums bedeuten. Die gerichtsärztliche Tätigkeit ist auch für die Kreisärzte keine Last, sondern im Gegenteil eine ihnen angenehme und gern gesehene Tätigkeit, weil sie hier ganz selbständig und von niemanden abhängig sind. Als Zulassungsbedingung ist eine dreijährige ärztliche Tätigkeit unbedingt nötig und zwar am besten eine solche als praktischer Arzt, damit der künftige Medizinalbeamte nicht nur die oft recht schwierige Lage der praktischen Aerzte am eigenen Leibe, sondern auch die

gesundheitlichen Verhältnisse der Bevölkerung gründlich kennen lernt. Redner warnt, hohe Prüfungsanforderungen zu stellen; es werde sonst an Nachwuchs fehlen; die im lezten Leitsatze gestellte Forderung einer praktischen Ausbildung nach dem Examen und vor der Anstellung könne er sich nur anschließen. (Beifall).

H. Kreisarzt Dr. **Bethge**-Duisburg hebt zu der Frage über die Einführung einer geteilten Prüfung für Gerichtsärzte und Gesundheitsbeamte noch hervor, daß auch dort, wo ein besonderer Gerichtsarzt angestellt ist, der Kreisarzt, trotzdem er nicht Gerichtsarzt seines Amtsbezirks ist, von den Gerichten oft als Sachverständiger zugezogen wird. Bei gerichtlichen Obduktionen ist er fast stets der zweite Obduzent; bei Behinderung oder Beurlaubung des Gerichtsarztes kommt er als dessen Vertreter in Betracht. Er muß deshalb in der gerichtlichen Medizin bewandert sein. Die große Mehrzahl der Kreisärzte will jedenfalls von einer solchen Trennung nichts wissen; H. Geh. Rat Dr. Strassmann hat ganz recht, wenn er sagt, daß viele Kreisärzte nur mit Bedauern ihre gerichtsärztlichen Funktionen aufgeben werden. Die gerichtliche Medizin hat schon während der Vorbereitung zum Kreisarztexamen unser besonderes Interesse erweckt, und dieses Interesse hat bis zur Stunde nicht nachgelassen. Darum möge man nur eine Prüfung in der gerichtlichen Medizin und Hygiene für alle Kreisarztexamenskandidaten wie bisher bestehen lassen, einerlei ob man in Zukunft mehr Gerichtsärzte anstellt und das Amt des Gerichtsarztes von dem des Kreisarztes abtrennt. Auch dem Vorschlag von H. Geh. Rat Abel, den Kreisärzten die Ausstellung von Attesten zu nehmen und den Gerichtsärzten zu übertragen, kann Redner nicht beistimmen. Ein Gerichtsarzt wird für einen Landgerichtsbezirk angestellt, er hat ein großes Maß von Pflichten — Gerichtstermine, Obduktionen, ausgedehnte Gutachtertätigkeit — ist zudem meistens noch Arzt des Gefängnisses, sodaß sich bezüglich der Amtspflichten das Amt des Gerichtsarztes und Kreisarztes, der einen räumlich viel kleineren Amtsbezirk hat, wohl die Wage halten dürfte. Warum soll man daher den Kreisarzt „entlasten" und den Gerichtsarzt dafür „belasten". Es muß auch betont werden, daß nicht etwa Gründe materieller Art für diese Ausführungen maßgebend sind, sondern der Umstand, daß die Tätigkeit als Sachverständiger in der Unfall- und Invalidenversicherung u. a. unser wissenschaftliches Interesse in ganz besonderem Maße erweckt und immer ein Ansporn für uns ist, mit der medizinischen Wissenschaft in Verbindung zu bleiben und uns weiterzubilden. (Beifall).

H. Med.-Rat Dr. **Hofacker**, Kreisarzt in Düsseldorf: Es ist zu befürchten, daß die Wertschätzung und Bedeutung der Kreisärzte verringert wird, wenn die Vorschläge des Herrn Geheimrat Dr. Abel zur Tat werden. Man darf den Kreisärzten nicht die Zeugnisse abnehmen, angeblich um sie zu entlasten; diese Entlastung tritt vielmehr ein, wenn alle Kreisärzte von der Privatpraxis losgelöst und nach und nach vollbesoldet werden. Der Kreisarzt gilt also als Unparteiischer, d. h. als einer der von jeder Rücksicht auf Privatpraxis befreit ist, also der beste Begutachter. Was die Vorbedingungen zur Kreisarztprüfung betrifft, so halte auch ich in Uebereinstimmung mit vielen Kollegen es für nötig, daß die drei Jahre mit rein ärztlicher Tätigkeit zugebracht werden; z. B. wird ein Kreisarzt, der selbst Geburten gemacht hat, viel besser die Hebammen überwachen und Kunstfehler von Hebammen und Aerzten beurteilen können als einer, der seit seiner Examensgeburt weder eine Kreißende noch eine Wöchnerin gesehen hat.

Eine vollständige Trennung der kreisärztlichen und gerichtsärztlichen Tätigkeit läßt sich schon deshalb nicht durchführen, weil das eine bedeutende Vermehrung der Beamten erforderte, der man jetzt nicht das Wort reden kann. Auch wird der Bezirk des Gerichtsarztes diesem in ländlichen schwach bevölkerten Kreisen zu wenig Arbeit geben und dort den Kreisarzt nicht überflüssig machen, wenn der Gerichtsarzt wegen zu weiter Entfernung nicht zu haben ist. (Beifall).

H. Kreisarzt Dr. **Wollenweber**-Dortmund: Ein Kreisarzt muß ausreichend lange in der ärztlichen Praxis gestanden haben. Er muß von der Praxis, besonders auch etwas von der Geburtshilfe verstehen. Wie soll er sonst die Hebammen belehren, beaufsichtigen und ihre Bestrafung veranlassen?! Wie soll er sonst den Aerzten gegenüber mit der nötigen Autorität auftreten?!

Für reine Laboratoriumsmenschen als Kreisärzte danken die Kollegen in der Praxis. Auch zur Abgabe von Entmündigungsgutachten braucht der Kreisarzt einen tiefen Einblick in die wirtschaftlichen Verhältnisse, und den gewinnt er nur in der eigenen Praxis. Das Hauptobjekt ärztlichen und auch kreisärztlichen Studiums ist der gesunde und kranke Mensch und muß es bleiben. Verschiedenartige Prüfungen für Gerichtsärzte und Gesundheitsbeamte lehnen wir ab. Beide Fächer sind in der Praxis innig mit einander verquickt. Ich erinnere nur an die kreisärztliche Wertung der Amtsbescheinigungen einerseits und die hygienischen Aufgaben des Gerichtsarztes als Gefängnisarzt andererseits. Schon Herr Prof. Dr. Puppe hat vorher die Leitsätze der Vortragenden unbeabsichtigt unmöglich gemacht, indem er als Gerichtsarzt darauf hinwies, daß den Gerichtsärzten heute auch wesentlich neue sozialhygienische Aufgaben zufallen. (Beifall).

H. Prof. **Ziemke**, Gerichtsarzt in Kiel: Eine Teilung der Prüfung ist nicht empfehlenswert, da der Kreisarzt auch bei weiterer Abtrennung der gerichtsärztlichen von den kreisärztlichen Geschäften als zweiter Obduzent immer einer gewissen gerichtsärztlichen Vorbildung nicht wird entraten können. Bei der Prüfung ist zu fordern, daß der Prüfling auf Grund der vollständigen Obduktion sämtlicher drei Körperhöhlen sein Gutachten abgibt. Das nötige Material dazu ist vorhanden, wenn neben dem pathologisch-anatomischen Material auch das Material des Instituts für gerichtliche Medizin zur Kreisarztprüfung herangezogen wird. Als Examinator für gerichtliche Medizin hat der Vertreter der gerichtlichen Medizin zu fungieren; auch der pathologische Anatom ist insofern nicht gerichtlich-medizinischer Fachmann, als er doch lediglich den anatomischen Teil der gerichtlichen Medizin beherrscht.

H. Geh. Med.-Rat **Solbrig**, Reg.- u. Med.-Rat in Breslau: Die Herren Kreisärzte, die bisher gesprochen haben, sind durchweg der Ansicht, daß sie die gerichtsärztliche Tätigkeit neben der reinen Kreisarzttätigkeit beibehalten wollen, also auf diese besonderen Wert legen. Es könnte scheinen, daß alle Kreisärzte diese Meinung vertreten. Daß dem nicht so ist, weiß ich aus meinem Bezirk — Breslau —, wo die überwiegende Mehrzahl der Kreisärzte, wenn nicht alle, auf eine Trennung der kreisärztlichen und gerichtsärztlichen Tätigkeit bedacht sind, die einen — in den großen Bezirken —, weil sie bei der Ueberlastung mit den reinen gesundheitlichen Aufgaben nicht genügend Zeit finden, auch als Gerichtsarzt die reichlichen Aufgaben, die zuweilen — in Schwurgerichtsperioden — sich übermäßig häufen, zu erfüllen, die anderen — in den kleinen ländlichen Bezirken —, weil sie bei der Seltenheit von Obduktionen und Entmündigungsgutachten aus der Uebung kommen und sich unsicher fühlen. Deshalb haben bei der Neubesetzung der Gerichtsarztstelle für Breslau Land eine ganze Anzahl der Kreisärzte aus benachbarten Landkreisen es gern gesehen und begrüßt, daß dieser Gerichtsarzt für fünf andere Kreise bestellt wurde. — Es spricht demnach manches für die weitere Gründung von Gerichtsarztstellen in Preußen über die bisherige Anzahl hinaus, wobei auch an das in Bayern bewährte Landgerichtsarztsystem zu denken ist. Trotzdem vertrete ich, wie auch alle bisherigen Diskussionsredner, nicht den Standpunkt, daß eine Trennung der kreisärztlichen und gerichtsärztlichen Prüfung erwünscht sei; vielmehr bin ich, namentlich auch den Worten des H. Geh. Rat Dr. Rapmund folgend, gleichfalls der Meinung, daß die Vereinigung bei den Prüfungen, wie bisher erwünscht und nötig ist. Was die dreijährige praktische Tätigkeit vor Ablegung der amtsärztlichen Prüfung anlangt, so bin ich gleichfalls der Ansicht, daß diese Tätigkeit in der Regel wenigstens in selbständiger ärztlicher praktischer Tätigkeit bestehen soll, und daß nur ausnahmsweise eine Tätigkeit in wissenschaftlichen Instituten u. dgl. zugelassen wird. (Beifall).

H. Privatdozent **Bürger**-Berlin spricht ebenfalls gegen eine Trennung der Prüfung und hebt die Wichtigkeit der Beschäftigung mit der Versicherungsmedizin hervor.

H. Kreisarzt Dr. **Rapmund** jr.-Querfurt erklärt, daß schon aus technischen Gründen es nicht möglich ist, die ganze Gutachtertätigkeit des Kreisarztes dem Gerichtsarzt zu übertragen, weil dieser meist nicht im Kreise wohnt und ihn die Betreffenden teilweise nur mit großen Schwierigkeiten erreichen

können. — Eine Trennung der Tätigkeit des Kreisarztes und des Gerichtsarztes werde vielleicht doch mit der Zeit notwendig sein und müsse deshalb in Berechnung gezogen werden. Dies bedinge aber keine Trennung im Examen; das müsse vielmehr immer einheitlich bleiben, zumal der Kreisarzt bei einer Trennung auch gerichtsärztlich, z. B. als Obduzent, tätig und demzufolge entsprechend vorgebildet sein müsse. Wenn eine Trennung stattfinden solle, so könnte dies erst hinterher geschehen. In der Kreis- und Gerichtsassistenzarztzeit sei ja genügend Gelegenheit dazu, sich darüber zu entscheiden.

H. Geh. Med.-Rat Prof. Dr. **Abel** (Schlußwort): Selbstverständlich war ich darauf gefaßt, daß meine, wie ich sagte, rein persönlichen Anschauungen entspringenden Vorschläge nicht restlose Zustimmung finden würden. Dennoch möchte ich sie aufrecht erhalten. Gehe ich nun auf die wichtigsten Einwendungen ein, so ist Folgendes zu sagen:

Die Forderung einer Tätigkeit in der ärztlichen Praxis vor der Zulassung zur Prüfung halte ich nicht für richtig. Natürlich ist solche Tätigkeit vorzüglich, um Leben und Menschen kennen zu lernnn; für den Medizinalbeamten kann aber auch andere Beschäftigung ärztlicher Art, spezialistisch-klinische oder Laboratoriumsarbeit sehr wertvoll sein. Man stelle die Medizinalbeamten bei der Anstellung nur an die ihrer Vorbildung entsprechenden Stellen. Der Stand ist groß genug, um tüchtige Kräfte jeder Vorbildung brauchen zu können.

In der Frage der Trennung von gerichtsärztlicher und Gesundheitsbeamtentätigkeit kann ich meine Ueberzeugung von der Notwendigkeit ihrer grundsätzlichen Durchführung nicht aufgeben. Beide Gebiete heute noch wirklich beherrschen zu wollen, geht über die Kraft eines Menschen! Der Schnitt zwischen beiden ist ein Ziel, dem wir zustreben müssen.

Uebergeben Sie die Leitsätze der Berichterstatter dem Vereinsvorstande. Er wird an der Hand der Aussprache die Linie zu finden wissen, auf der sich unsere Anträge an die Regierungen zweckmäßig zu bewegen haben.

H. Geh. Med.-Rat Prof. Dr. **Strassmann** (Schlußwort) schließt sich diesen Ausführungen an und will die weitere Behandlung der Frage dem Vorstande überlassen.

Vorsitzender: Es liegt ein Antrag von Geh. Med.-Rat Dr. Rapmund vor, der wie folgt lautet:

„Die Hauptversammlung des Deutschen Medizinalbeamtenvereins hält eine einheitliche Gestaltung der staatsärztlichen Prüfung im Deutschen Reiche für erwünscht und unschwer durchführbar. Diese Prüfung hat sich aber ebenso wie bisher auf öffentliches Gesundheitswesen und Hygiene, praktische Medizin und Psychiatrie sowie auf Versicherungsmedizin zu erstrecken."

Da sich niemand zu diesem Antrage zum Worte meldet, bringe ich ihn zur Abstimmung.

Der Antrag wird mit großer Mehrheit angenommen.

Vorsitzender: Im übrigen darf ich wohl annehmen, daß die Versammlung damit einverstanden ist, daß die weitere Behandlung der Frage entsprechend dem Vorschlage der beiden Berichterstatter dem Vorstande überlassen bleibt.

(Allseitige Zustimmung.)

V. Vorstandswahl.

Vorsitzender: Es sind aus dem bisherigen Vorstand die Herren Ob.-Med.-Rat Dr. von D'All-Armi-München und Geh. Ob.-Med.-Rat Hauser-Darmstadt durch den Tod ausgeschieden; eine Wiederwahl haben abgelehnt Geh. Med.-Rat Dr. Engelbrecht-Braunschweig und Geh. Med.-Rat Dr. Scheube-Greiz.

Zuruf aus der Versammlung: Wiederwahl der übrigen Vorstandsmitglieder durch Zuruf.

Vorsitzender: Eine Wiederwahl ist nur zulässig, wenn kein Widerspruch erfolgt:

Herr Geh. Med.-Rat Prof. Dr. **Rapmund** bittet in Anbetracht seines hohen Alters von seiner Wiederwahl Abstand zu nehmen.

Vorsitzender schlägt hierauf unter allgemeinem Beifall vor, Herrn Geh. Rat Dr. Rapmund mit Rücksicht auf seine außerordentlichen Verdienste um die Entwicklung der von ihm ins Leben gerufenen beiden Medizinalbeamtenvereine, des preußischen und des deutschen, zum Ehrenvorsitzenden des Vereins zu ernennen, dann bliebe er auch dem Vorstand erhalten und könne ihm mit Rat zur Seite stehen.

(Allseitiger Beifall: Händeklatschen.)

Herr Geh. Rat Prof. Dr. **Rapmund** bedankt sich in warmen und herzlichen Worten für die außerordentliche Ehrung, die ihm durch die Ernennung zum Ehrenvorsitzenden zuteil geworden sei. Solange er lebe, werde er auch weiterhin stets die Interessen der Medizinalbeamten in Wort und Schrift wahrnehmen; hoffentlich sei es ihm vergönnt, dies trotz seines hohen Alters noch recht lange zu tun. Er schlägt dann an seiner Stelle den Kreisarzt Dr. Wollenweber in Dortmund zum Vorstandsmitglied vor. Es erhebt sich gegen diesen Vorschlag ebenso wie gegen die Wiederwahl der übrigen Vorstandsmitglieder kein Widerspruch. Außerdem wird beschlossen, an Stelle des verstorbenen Ob.-Med.-Rat Dr. v. D'All-Armi einen bayerischen Kollegen in den Vorstand zu wählen, dessen Auswahl aber den bayerischen Medizinalbeamten zu überlassen. Von diesen ist dann der Bezirksarzt Dr. Kaspar-München gewählt.

Schluß der Sitzung: 4 Uhr nachmittags. Nach gemeinschaftlichem Kaffeetrinken im Garten des Künstlerhauses um 5 Uhr nachmittags fanden die Hauptversammlungen des Preußischen und Bayerischen Medizinalbeamtenvereins statt. Den Schluß des arbeitsreichen Tages bildete am Abend ein gemeinsames und angeregtes Zusammensein im Garten des Künstlerhauses.

(Schluß des Berichts über die Hauptversammlung des Deutschen Medizinalbeamtenvereins folgt in der nächsten Nummer.)

Aus Versammlungen und Vereinen.

Bericht über die 11. Tagung der Deutschen Gesellschaft für gerichtliche und soziale Medizin vom 6.—8. September 1921 in Erlangen.

Berichterstatter Dr. Georg **Strassmann**-Berlin.

Wegen der Fülle der dargebotenen Vorträge und Demonstrationen kann nur über diejenigen berichtet werden, die allgemeineres Interesse haben.

1. Prof. Dr. Wintz-Erlangen sprach über **Kunstfehler bei Röntgentherapie und Röntgenaufnahmen** an Hand von Lichtbildern und wies auf diejenigen Schädigungen hin, die durch Ueberdosierung sowie durch unrichtige Bestrahlung und mangelhafte Technik verursacht werden können.

2. Dr. Bürger-Berlin schlug einige **Aenderungen der Bestimmungen der R.V.O. und des R.V.G.** vor, gegen die sich zum Teil lebhafter Widerspruch erhob. Dienstbeschädigung sollte auch in zweifelhaften Fällen angenommen werden, nicht nur, wenn ein Zusammenhang zwischen Gesundheitsstörung und D. B., wahrscheinlich wäre. Eine Krankenhausbehandlung gegen den Willen Kranker, wie sie im Gesetz unter Umständen vorgesehen sei, lehnte er ab. Bei der Kapitalsabfindung müsse bei späterer Verschlechterung des Zustandes des Verletzten diesem eine Rente gewährt werden können.

Prof. Dr. Ziemke-Kiel wies darauf hin, wie der Begriff der Erwerbsfähigkeit bei den einzelnen Arten der sozialen Versicherung, bei der Kranken-, Invaliditäts-, Unfall- und Angestelltenversicherung verschieden auszulegen sei.

3. Prof. Dr. Specht-Erlangen behandelte die **Beziehungen von bayerischem Notariat zur Psychiatrie** und forderte, damit die Notare Rechtsgeschäfte Geisteskranker ablehnen und den krankhaften Zustand ihrer Klienten erkennen könnten, eine Zwangsvorlesung für Juristen in der forensischen Psychiatrie.

4. Prof. Dr. Riecke-Göttingen behandelte den **forensischen Nachweis der syphilitischen Infektion.**

5. Ueber die Notwendigkeit der Einführung von **Verwaltungssektionen** in Deutschland, wie sie in Oesterreich sei 1857 gesetzlich eingeführt sind, bei allen tot aufgefundenen Personen und bei allen denjenigen, bei denen durch die Totenschau die Todesursache nicht zu ermitteln ist und ärztliche Behandlung vor dem Tode nicht stattfand, sprachen Dr. Molitoris-Erlangen, Prof. Dr. F. Strassmann-Berlin, Dr. Neureiter-Wien und Dr. G. Strassmann-Berlin auf Grund des Wiener, Prof. Dr. K. Reuter auf Grund des Hamburger Materials. Für die Einführung dieser Sektionen will die Gesellschaft im Einvernehmen mit der pathologischen Gesellschaft, von der Prof. Schmorl und Dr. Gruber sich an der Diskussion beteiligten, eintreten.

6. Prof. Dr. Merkel-München hob die Bedeutung der **Untersuchung des Mageninhaltes** unter Mitteilung eigener Fälle für die Feststellung der Todeszeit hervor.

7. Prof. Paul Fraenckel-Berlin sprach über **Todesfälle beim Boxkampf,**

8. Prof. Nippe-Greifswald über **psychologische Untersuchungen an Schützen als Täter,**

9 Prof. Puppe-Breslau über **psychisch bedingte Beischlafsunfähigkeit** und die Notwendigkeit, beide Ehegatten in diesen Fällen auf Beischlafsfähigkeit zu untersuchen,

10. Prof. Dr. Ziemke-Kiel über **Fettembolie bei geringen Erschütterungen** (orthopädischen Operationen, Transport unerheblich Verletzter),

11. Dr. Schwarzacher-Graz über den **spektro-photometrischen Nachweis des Kohlenoxyds im Blut,** der noch bei 2% CO-Hgl gelingt, also den üblichen chemischen und spektroskopischen Proben überlegen ist, und

12. Dr. G. Strassmann-Berlin über **Untersuchung der Kleider bei Schußverletzungen auf Pulverbestandteile,** über **mikroskopische Beobachtungen an Organen exhumierter Leichen** und über eine **eigenartige forensische Fleischuntersuchung.**

13. Dr. Molitoris-Erlangen konnte bei einer **Bromvergiftung** dieses flüchtige Gift noch nach einem Jahre in den Leichenorganen nachweisen.

14. Dr. Fischer-Breslau berichtete über eine tödliche **Fluornatriumvergiftung** und über **Konkurrenz der Todesursachen,**

15. Prof. Dr. F. Reuter-Graz über **Schädelzerstörungen durch Starkstromeinwirkung** und über **Blutungen in den Halsweichteilen beim Erstickungstode,**

16. Dr. Gruber-Mainz über **Herzschüsse ohne Perikardverletzungen** und über **Verletzungen der Halswirbelsäule beim Sprung ins Wasser,**

17. Dr. Meixner-Wien über **kontusionsringähnliche Bildungen an Hautausschüssen,** die mit Einschüssen zu verwechseln sein können, und über **Ersatz des ganzen Schädels durch Gipsab- und Ausgüsse desselben,**

18. Dr. Knack-Hamburg über **Nierenveränderung bei Kohlenoxydvergiftung,**

19. Prof. Dr. K. Reuter-Hamburg über **Untersuchungen an gefrorenen Leichen und Leichenteilen,**

20. Prof. Dr. Lochte-Göttingen über einen Fall **anscheinender kataleptischer Totenstarre bei einer Morphium- und Alkoholvergiftung** und über **eigenartige Haltung bei einem durch Gewehrschuß tödlich Verletzten,**

21. Prof. Dr. Puppe-Breslau über **Erkennung umschriebener stumpfer Gewalteinwirkung auf den Schädel,**

22. Prof. Dr. Nippe-Greifswald über **Knocheneinschußgröße,** die kleiner sein kann als das Projektil, über den **Nitro- und Schwarzpulvernachweis** durch die Diphenylaminreaktion und über **Handlungsfähigkeit bei Herzstichverletzungen,**

23. Dr. Neureiter und Dr. G. Strassmann über **Vorkommen und Bedingungen der postmortalen Fettverschleppung.**

Besprechungen.

Dr. Franz Spaet, Obermedizinalrat in Fürth: **Der Fürsorgearzt.** Ein Hilfsbuch für Aerzte, Behörden und Stellen, die sich auf dem Gebiete des Fürsorgewesens zu betätigen haben. München 1921. Verlag von J. F. Lehmann. 8o, 388 Seiten. Preis: geh. 40 M., geb. 46 M.

Der als Amtsarzt in der Gesundheitsfürsorge viele Jahre tätige Verfasser kennt durch seine Tätigkeit auf dem Lande und in der Großstadt gründlich die Bedürfnisse von Stadt und Land. Das Werk ist gewissermaßen der Niederschlag seiner langjährigen praktischen Mitarbeit an leitender Stelle. Es trägt in erster Linie den Bedürfnissen des Fürsorgearztes Rechnung, aber auch Behörden und Vereinen, die in der Gesundheitsfürsorge mitarbeiten, finden in dem Hilfsbuch einen brauchbaren Leitfaden, der sie über die wissenschaftlichen Grundlagen, die Aufgaben und Ziele, sowie über die Einrichtung des Fürsorgewesens in gedrängter Kürze klar und erschöpfend unterrichtet. Das Buch füllt damit eine Lücke in der umfangreichen Literatur des Fürsorgewesens aus. Die Ausstattung des Werkes ist eine treffliche. Seine Anschaffung kann allen einschlägigen Stellen bestens empfohlen werden, es sollte insbesondere nicht in der Bücherei des Amtsarztes fehlen.

Bei einer Neuauflage, die wir dem Werke heute schon wünschen, dürfte bei Aufführung der den Zwecken der Sozialhygiene dienenden Zeitschriften auch die Zeitschrift für Medizinalbeamte zu erwähnen sein. Ein alphabetisches Inhaltsverzeichnis würde den Wert des Buches noch erhöhen.

Dr. Frickhinger-München.

Dr. L. Meier, prakt. Zahnarzt in Magdeburg und gerichtlicher Sachverständiger: **Handbuch der zahnärztlichen Rechtskunde.** Halle a. S. 1921. Carl Marholds Verlagsbuchhandlung. 8°, 472 S., broschiert 60 Mark, geb. 68 Mark.

Dieses Handbuch ist ein sehr lesenswertes Buch, das auf 472 Seiten die notwendigen Rechtskenntnisse für jeden Zahnarzt auf dem Gebiete der gerichtlichen und sozialen Zahnheilkunde bringt. Besonders sind die höchstgerichtlichen Rechtsprechungen berücksichtigt, die sich auf die rechtlichen Fragen beziehen, soweit sie hauptsächlich bei der zahnärztlichen Tätigkeit in Erscheinung treten.

Auch die zahnärztlichen Standesangelegenheiten und

Standesgerichtsbarkeit im Hinblick auf die Zahnärztekammern sind in eingehender Weise abgehandelt. Die Wichtigkeit der sozialen Zahnheilkunde ist besonders hervorgehoben, da mit der Einrichtung der Familienversicherung der Versicherungszwang immer weiter um sich greift.

In der Einleitung werden das Wesen und die Bedeutung der Zahnheilkunde, sowie ihre Stellung zur allgemeinen Medizin besprochen und zwar die Zahnheilkunde als ein spezieller Zweig der medizinischen Wissenschaft. Die weiteren Abschnitte des Buches behandeln das Zivilrecht in bezug auf die Zahnheilkunde, und dann das Strafrecht. Ein fernerer Abschnitt ist die Körperschädigung durch Gift, sowie der Zahnarzt als gerichtlicher Sachverständiger. Zum Schluß werden die zahnärztliche Standesgerichtsbarkeit und die soziale Zahnheilkunde besprochen. In diesem letzten Teil wird erst im allgemeinen der Zweck der sozialen Gesetzgebung erörtert, worauf dann auf die einzelnen sozialen Gesetze näher eingegangen wird, nämlich auf die Krankenversicherung, Unfallversicherung, Invaliden- und Hinterbliebenenversicherung, Angestelltenversicherung, Betriebsrätegesetz und Arbeiterschutz. Das Buch ist derartig vielseitig, daß sein Besitz jedem Zahnarzte anzuraten ist. Aber auch der beamtete Arzt und besonders jeder Gerichtsarzt wird in dem Buche manches finden, was er in seiner eigenen gerichtsärztlichen Tätigkeit verwenden kann. Besonders die Abhandlungen über Körperschädigung durch Gifte sowie über zivilrechtliche und strafrechtliche Fragen in der sozialen Gesetzgebung werden den beamteten Aerzten manchen beachtenswerten Fingerzeig geben.

Dr. Keferstein-Magdeburg.

Tagesnachrichten.

Auf die an den Herrn Minister für Volkswohlfahrt gerichtete **Eingabe des Vorstandes des Preußischen Medizinalbeamtenvereins** mit der Bitte um Empfang behufs **persönlicher Besprechung** der Wünsche der Medizinalbeamten hat der Herr Minister unter dem 1. November d. J. — I M I Nr. 8200, folgende entgegenkommende Antwort gegeben:

„Auf das Schreiben vom 25. Oktober 1921 erkläre ich mich bereit, Vertreter des Vorstandes des Medizinalbeamtenvereins zu der beantragten Besprechung zu empfangen. Auch bin ich bereit, zu den Vorstandssitzungen des Vereins, sofern sie in Berlin stattfinden, einen Vertreter zu entsenden, falls dies dortseits für erwünscht gehalten wird. Die Mitteilung des Tages der beantragten Besprechung behalte ich mir noch vor. gez. Stegerwald."

Nach den in den politischen Blättern gebrachten Mitteilungen über die beabsichtigte **Neuregelung der Beamtengehälter** sollen künftighin die Teuerungszulagen fortfallen und das Grundgehalt in den für die Medizinalbeamten in der Kreis-, Bezirks- und Ministerialinstanz in Betracht kommenden Gehaltsgruppen betragen:

	Mark	Mark	Mark	Mark	Mark	Mark	Mark	Mark
Gruppe 10:	25 000	26 800	28 600	30 400	32 200	33 800	35 400	37 000
„ 11:	30 000	32 000	34 000	36 000	38 000	40 000	42 000	44 000
„ 12:	38 000	41 500	45 000	48 000	51 000	54 000	57 000	
„ 13:	53 000	60 000	67 000	74 000	80 000			

Ministerialdirektoren: 105 000 Mark.

Die Ortszuschläge sollen betragen

bei einem Grundgehalt von:

	16 700—25 500 Mark	25 500—38 000 Mark	über 38 000 Mark
in Klasse A:	6 400 „	7 200 „	8 000 „
„ „ B:	4 800 „	5 400 „	6 000 „
„ „ C:	4 000 „	4 500 „	5 000 „
„ „ D:	3 200 „	3 600 „	4 000 „
„ „ E:	2 400 „	2 700 „	3 000 „

Das künftige Gesamteinkommen würde also, wenn Ortsklasse A für Gruppe 13 und Ministerialdirektor, Ortsklasse B für die Gruppen 11 und 12 und Ortsklasse C für Gruppe 10 angenommen wird, betragen:

	Mark	Mark	Mark	Mark	Mark	Mark	Mark	Mark
Gruppe 10:	29 000	31 300	33 100	34 900	36 700	38 300	39 900	41 500
„ 11:	35 400	37 400	39 800	41 400	43 400	46 000	48 000	50 000
„ 12:	44 000	47 500	51 000	54 000	57 000	60 000	63 000	
„ 13:	61 000	68 000	75 000	82 000	88 000			

Ministerialdirektor: 113 000 Mark.

Dazu kommen noch Kindergelder, die künftighin für alle Ortsklassen gleich sind und für Kinder bis zum 6. Lebensjahre 150 Mark, für Kinder von 6—14 Jahren 200 Mark und für solche von 14—21 Jahren 250 Mark monatlich betragen sollen. — Stellenanwärter (also Kreisassistenzärzte) erhalten im 1. und 2. Jahre 95 %, im 3. Jahre 98 % des Grundgehalts und vom 4. Jahre ab 100 %, daneben Ortszuschlag und Kinderbeihilfen in gleicher Höhe wie die Beamten.

Das jetzige Einkommen mit Ortszuschlag und Teuerungszuschlag beträgt in den obengenannten Gehaltsgruppen, wenn dabei wie dort die gleichen Ortsklassen und Teuerungszuschläge (nach dem 1. August d. J.) zu Grunde gelegt werden:

	Mark	Mark	Mark	Mark	Mark	Mark	Mark	Mark
Gruppe 10:	19 656	22 302	23 804	23 893	26 838	27 783	28 628	29 862
„ 11:	24 936	27 813	29 223	30 701	33 043	33 807	34 571	35 335
„ 12:	27 768	30 078	32 852	34 762	36 481	38 200	39 728	
„ 13:	35 126	39 758	43 930	48 280	52 110			

Ministerialdirektor: 63 190 Mark.

Die in Aussicht genommene Erhöhung würde demnach bei den Gehaltsgruppen 10 und 11 gegenüber der letzten, vom 1. August d. J. ab geltenden Gehaltsregelung 40 % betragen, bei der Gehaltsgruppe 12 dagegen 60 %, bei der Gehaltsgruppe 13 sogar 70 % bei dem Ministerialdirektor fast 80 %. Daß für die zuletzt genannten Gehaltsgruppen eine im Verhältnis wesentlich höhere Gehaltserhöhung als bei den übrigen vorgenommen ist, erscheint unseres Erachtens unberechtigt und dürfte wohl kaum die Zustimmung des Landtages finden. Im übrigen wird auch nach der neuen Gehaltsregelung das Diensteinkommen der Beamten nur das 6fache desjenigen vor dem Kriege betragen, also weit zurückbleiben hinter der seitdem bei allen Lebensmitteln und Gebrauchsgegenständen (Wäsche, Kleidung, Schuhwerk usw.) eingetretenen Preissteigerung, die mehr als das Zehnfache beträgt.

Am 5. d. Mts. findet die erste Sitzung des neuen Preußischen Landesgesundheitsrats statt.

Die Geschäftsordnung für den Landesgesundheitsrat und Ausführungsbestimmungen über die Bildung von Gerichtsärztlichen Ausschüssen in den Provinzen sind in der Beilage zur heutigen Nummer (s. S. 97 und 100) veröffentlicht. In den zuletzt genannten Bestimmungen scheint sich übrigens in Ziffer 9 ein Druckfehler zu befinden. Es heißt hier nämlich bei der Höhe der Gebühren: „Die Entscheidung über die Bewilligung der über die Mindestsätze des Tarifs hinausgehenden Gebührenforderungen trifft der Oberpräsident.“ In der Gebührenanweisung für die Mitglieder des Landesgesundheitsrats heißt es dagegen unter Ziffer 1, daß erst „bei Ueberschreitungen der Höchstgebühr die Zustimmung des Präsidenten des Landesgesundheitsrats erforderlich ist“. Es ist doch wohl kaum anzunehmen, daß die Mitglieder und Sachverständigen der Provinzialausschüsse in Bezug auf die Gebühren für ihre Tätigkeit schlechter gestellt werden sollen. als die Mitglieder und Sachverständigen des Landesgesundheitsrats.

Dem Preußischen Staatsrat ist jetzt der **Gesetzentwurf über das Hebammenwesen** vorgelegt und dort am 14. Oktober d. J. beraten. Der Entwurf hat gegenüber dem früheren, vom Landtage nicht verabschiedeten Gesetzentwurf keine wesentlichen Aenderungen erfahren. Ebenso wie hier sind wieder Hebammenhilfe für jede Frau, Niederlassungsgenehmigung von Bezirkshebammen und Sicherung eines Mindesteinkommens von 3000—6000 M. je nach den vorgesehenen Teuerungsklassen usw. vorgesehen; desgleichen ein Staats-

zuschuß von 10 Millionen Mark. Der Entwurf wurde mit dem vom Ausschuß vorgeschlagenen Aenderungen angenommen; danach hat sich die Mehrheit des Ausschusses und damit auch des Staatsrats für einen Numerus clausus bei Niederlassungsgenehmigung entschieden; die Hebammen sollen nicht Beamtinnen werden, sondern durch Privatdienstvertrag angestellt werden. Um der Kurpfuscherei vorzubeugen, soll sich ihre Hilfe nur auf Geburten und nicht auch auf Störungen der Schwangerschaft erstrecken. Statt des Mindesteinkommens wird ausreichende Versicherung gegen Krankheit, dauernde Berufunfähigkeit und Invalidität vorgeschlagen. Die Einrichtung der Provinzialhebamme ist gestrichen; die ihnen im Entwurf zugedachten Befugnisse sollen einer bestehenden Staatstelle übertragen werden.

In **Berlin** sollen jetzt, nachdem die Stadtverordnetenversammlung vom 23. Juni 1921 die vom Magistrat vorgelegten „Satzungen der Deputation für das Gesundheitswesen" genehmigt hat, für die Bezirksämter der Verwaltungsbezirke, in denen nicht ein mit der Leitung des Gesundheitswesens beauftragter Arzt besoldetes Mitglied des Bezirksamtes ist, hauptamtliche vollbesoldete **Stadtärzte** angestellt werden. In Betracht kommen zunächst 15 neue derartige Stadtarztstellen.

Am 22. Oktober d. J. hat in Dortmund die **V. Tagung der „Kommunalen Vereinigung für Gesundheitsfürsorge im rheinisch-westfälischen Industriegebiet"** stattgefunden, die diesmal besonders zahlreich besucht war. Außer den zuständigen Landesversicherungsanstalten, den Provinzialbehörden, den Regierungen, der Knappschaft und leitenden Industriekreise war auch das Volkswohlfahrtsministerium durch Herrn Ministerialrat Dr. König vertreten. Die Tuberkulosebekämpfung nach ärztlich organisatorischen Richtlinien bildete den ersten größeren Teil der Tagesordnung. Nach dem Vortrag des Herrn Med.-Rat Dr. Köttgen über die speziellen Dortmunder Einrichtungen und Bestrebungen hielt Herr Kreisarzt Dr. Wollenweber einen eingehenden Vortrag, in dem er die Neuordnung der Tuberkulosebekämpfung unter Zusammenschluß sämtlicher beteiligten Instanzen als notwendig darstellte. Im Anschluß hieran wurde aus der Versammlung ein Ausschuß gebildet, der mit der Aufgabe betraut wurde, durch Verhandlung mit allen in Frage kommenden Stellen dieses Ziel nach bestimmten Richtlinien zu erreichen. Die Versammlung richtete außerdem eine Entschließung an die zuständige Berliner Reichsbehörde, in der sie ihre ernstesten und wohlbegründeten Befürchtungen für die weitere Ausbreitung der Tuberkulose infolge der bestehenden und neuesten feindlichen Forderungen aussprach.

Der Geschäftsführer der genannten Vereinigung, Stadtarzt Dr. Wendenburg-Gelsenkirchen, schilderte auf Grund einer im gesamten Bezirk von ihm gehaltenen eingehenden Rundfrage die in den Kommunen und Landkreisen bestehenden **Verwaltungs-Organisationen des Gesundheitswesens,** zeigte daran, wie sehr das überaus buntscheckige Bild einer Vereinheitlichung nach gewissen größeren Richtlinien bedarf, und wies darauf hin, daß diese wichtige Aufgabe in allererster Linie eine Pflicht der Kommunen selbst im Rahmen der Vereinigung sei. Durch Beschluß der Versammlung wurde dieses Thema auf die Tagesordnung der kommenden 6. Tagung in Mühlheim-Ruhr gesetzt.

Todesfall. Am 29. d. Mts. ist der frühere preußische Staatsminister **Dr. v. Studt** in Berlin im Alter von 83 Jahren gestorben. Er war in den Jahren 1899—1907 Kultusminister und als solcher auch Minister der Medizinalangelegenheiten; ihm lag deshalb die Ausführung des kurz vorher unter seinem Vorgänger im Landtage angenommenen Kreisarztgesetzes ob, wobei er sich zweifellos sehr große Verdienste um die Entwicklung des preußischen Gesundheitswesens erworben und dieses auch sonst nach jeder Richtung hin gefördert hat. Es möge nur daran erinnert werden, daß während seiner Amtszeit das preußische Landesseuchengesetz vom 28. August 1905 zustande gekommen, die Errichtung und Weiterausbildung der Medizinaluntersuchungsämter und der jetzigen Landesanstalt für Wasserhygiene erfolgt ist. Die hygienischen Institute wurden ausgebaut, neue Lehrstühle für gerichtliche Medizin ein-

gerichtet usw. Bei seinem Ausscheiden aus dem Amte konnte der Verstorbene jedenfalls auf eine recht segens- und erfolgreiche Tätigkeit gerade auf dem Gebiete der öffentlichen Gesundheitspflege und der medizinischen Wissenschaft zurückblicken, die ihm ein bleibendes Andenken sichert, namentlich bei den Medizinalbeamten, wenn auch manche Wünsche von ihnen während seiner Amtstätigkeit unerfüllt geblieben sind. Insbesondere wird es ihm von den Kreisärzten unvergessen bleiben, daß er für sie jederzeit, namentlich im Landtage, energisch eingetreten ist, und sie nicht nur gegen unberechtigte Angriffe wegen angeblichen Uebereifers in Schutz genommen, sondern ihnen auch wiederholt für ihre erfolgreiche amtliche Tätigkeit mit warmen und anerkennenden Worten gedankt hat. Ehre seinem Andenken! Friede seiner Asche!

Am 12. d. Mts. ist in Hannover ein **Grabdenkmal** für den im Jahre 1918 verstorbenen Wirkl. Geh. Ober-Med.-Rat Prof. Dr. **Gaffky**, des früheren Direktors und Ehrenmitgliedes des Instituts für Infektionskrankheiten „Robert Koch" in Gegenwart von Vertretern der Reichs- und Landesbehörden, der wissenschaftlichen Institute, der Hannoverschen Aerzteschaft usw. feierlich enthüllt. Das Denkmal trägt eine von zwei Aeskulapstäben flankierte Tafel mit Gaffkys Bildnis.

Mitteilung des Herausgebers.

Das Ende November d. J. auf Wunsch des Preussischen Medizinalbeamtenvereins herausgegebene **Verzeichnis der preussischen Medizinalbehörden und Beamten** nebst **Dienstaltersliste,** das übrigens auch die Reichs-Medizinalbehörden und -Beamten sowie die Namen der Vorstandsmitglieder des Deutschen und Preussischen Medizinalbeamtenvereins, der preussischen Bezirksvereine, der Provinzial- und Bezirksvertreter enthalten wird, wird mit Rücksicht auf die Kosten nur in einer beschränkten, den eingegangenen Vorbestellungen wenig übersteigenden Auflage hergestellt. Der unterzeichnete Herausgeber kann daher nur dringend empfehlen, die Bestellung umgehend zu bewirken. Der **Preis** von **sechs** Mark gilt auch nur für die bei der Verlagsbuchhandlung von den Mitgliedern des Preussischen Medizinalbeamtenvereins vorbestellten Exemplare; für alle übrigen beträgt er **neun** Mark.

Dr. Rapmund.

Verantwortlich für die Schriftleitung: Prof. Dr. Rapmund, Geh. Med.-Rat in Lippspringe.
Druck von J. C. C. Bruns, Minden i. W.

34. Jahrg. Nr. 22 | 20. Nov. 1921.

ZEITSCHRIFT FÜR MEDIZINALBEAMTE

Zentralblatt

für das gesamte Gebiet der gerichtlichen Medizin und Psychiatrie, des staatlichen und privaten Versicherungswesens, sowie für das Medizinal- und öffentliche Gesundheitswesen, einschl. der praktischen und sozialen Hygiene.

Herausgegeben von

Prof. Dr. Otto Rapmund

Geh. Med.-Rat in Bad Lippspringe.

Offizielles Organ des Deutschen, Preussischen, Bayerischen, Sächsischen, Württembergischen, Badischen, Hessischen, Mecklenburgischen, Thüringischen und Braunschweigischen Medizinalbeamtenvereins.

Eine Beilage: Rechtsprechung und Medizinalgesetzgebung

Bezugspreis für das Jahr: 30 M. durch die Post bezogen: 32 M.

VERLAG VON FISCHER'S MEDIZ. BUCHHANDLUNG H. KORNFELD,
Berlin W. 62, Keithstraße 5.

INHALT.

Geschäftsstelle und Versand für die Mitglieder des Medizinalbeamtenvereins durch J. C. C. BRUNS, Buchdruckerei, MINDEN i. WES

Alleinige Anzeigen-Annahme und verantwortlich für den Anzeigenteil HANS PUSCH, BERLIN SW. 48, Wilhelmstraße 28.

PAGE NOT AVAILABLE

34. Jahrg. Zeitschrift 1921.

für

MEDIZINALBEAMTE

Zentralblatt
für das gesamte Gebiet der gerichtlichen Medizin und Psychiatrie, des staatlichen u. privaten Versicherungswesens, sowie für das Medizinal- u. öffentliche Gesundheitswesen, einschl. der prakt. u. sozialen Hygiene

Herausgegeben
von
Prof. Dr. Otto Rapmund
Geh. Med.-Rat in Bad Lippspringe.

Offizielles Organ d. Deutschen, Preußischen, Bayerischen, Sächsischen, Württembergischen, Badischen, Hessischen, Mecklenburgischen, Thüringischen u. Braunschweigischen Medizinalbeamtenvereins

Verlag von Fischer's med. Buchhandlung H. Kornfeld
Herzogl. Bayer. Hof- u. K. u. K. Kammer-Buchhändler
Berlin W. 62, Keithstrasse 5

Nr. 22. | Erscheint am 5. und 20. jeden Monats | 20. Nov.

Bericht über die XI. Hauptversammlung des Deutschen Medizinalbeamtenvereins.

Zweiter Sitzungstag.

Sonntag, den 11. September vormittags 9½ Uhr im Saale des Künstlerhauses.

VI. Die Vereinheitlichung der Seuchenbekämpfung im Deutschen Reiche.

Berichterstatter: Herr Professor Dr. **Rimpau**-München: M. H.! „Das Gesundheitswesen ist kein für sich abgeschlossenes Gebiet, etwa wie das Schul- und Kirchenwesen, es greift in sämtliche Zweige des öffentlichen und privaten Lebens bis zur vollkommenen Verquickung mit denselben ein." Diese Worte des Staatsrechtlehrers Lorenz v. Stein[1]) weisen auf die besondere Eigentümlichkeit hin, die das Gesundheitswesen in der Gesetzgebung und der Verwaltung darbietet. Wir beabsichtigen, einen Teil des Gesundheitswesens, nämlich die Bekämpfung übertragbarer Krankheiten, weiter zu entwickeln,

[1]) L. v. Stein: Gesundheitswesen. Verlag von Cotta; Leipzig, 1882.

dabei müssen wir auf die Eigentümlichkeit des Gesundheitswesens Rücksicht nehmen. Wir müssen bei unseren Vorschlägen die Wirkung auf das öffentliche und private Leben berücksichtigen, damit nichts Undurchführbares von uns vertreten wird, dessen Ablehnung von seiten der gesetzgebenden Gewalt sicher ist. Um die Richtung zu erkennen, in der eine gesunde Entwicklung geht, müssen wir zuerst in aller Kürze den Weg uns vergegenwärtigen, den das Gesundheitswesen, insbesondere die Seuchengesetzgebung im Deutschen Reiche bisher zurückgelegt hat.

Die Gewerbeordnung von 1869 hatte den ärztlichen Stand freigemacht, der Staat hatte sein Verfügungsrecht über die Aerzte aufgegeben. Aber gleichzeitig erhob die öffentliche Gesundheitspflege Forderungen, die ein Zusammenwirken von Arzt und Staat mehr denn je nötig machten. Im Interesse der Allgemeinheit mußte daher auf dem Gebiet der Pflege der öffentlichen Gesundheit ein neues zeitgemäßes Abhängigkeitsverhältnis geschaffen werden. Die Anregung dazu ging von der Aerzteschaft aus.

In zwei Denkschriften, die 1870 dem Norddeutschen Bunde, bezüglich dem Reichstage, einmal vom „Niederrheinischen Verein für öffentliche Gesundheitspflege“ und zweitens vom „Leipziger ärztlichen Zweigverein“ vorgelegt wurden, wurde eine Verwaltungsorganisation der öffentlichen Gesundheitspflege gefordert. Aber, und das ist wichtig, zum erstenmal trat ein Widerstreit der Meinungen zutage, der seither stets die Gesetzgebung des Gesundheitswesens des Reiches beherrscht hat, der Widerstreit nämlich, ob die Kompetenzen des Reiches auf Kosten der Einzelstaaten zu erweitern seien oder nicht.

Die niederrheinische Denkschrift wollte, daß das Reich auch die Verwaltung übernehme, die Einzelstaaten also ausgeschaltet würden; die Leipziger Denkschrift wollte die Verwaltung als innere Angelegenheit den Bundesstaaten überlassen und die Befugnisse einer Zentralbehörde auf die Regulierung der allgemeinen medizinischen Statistik und auf die Anregung allgemein sanitätlicher Maßnahmen in Hinsicht auf Entstehung und Verbreitung der Krankheiten beschränken.

Auf dem Gebiete der Gesundheitsverwaltung siegte die letzte Richtung. Am 1. April nahm das K. Ges. Amt als beratende, Gesundheitsgesetze vorbereitende, höchste Gesundheitsbehörde des Reiches seine Arbeit auf. Bis heute ist sie die beratende, aufsichtsführende Behörde ohne Exekutive geblieben.

Die Wurzel der Seuchengesetzgebung im Reiche ist in der Anordnung des Reichskanzlers vom 30. Juni 1873 zu erblicken, eine Medizinalstatistik vorzubereiten; denn die dazu ernannte Kommission machte im Oktober 1874 den weiteren Ausbau der Morbiditäts- und Mortalitäts-Statistik von einem Gesetz über Anzeigepflicht bei ansteckenden Krankheiten und Einführung einer obligatorischen Leichenschau im Reiche abhängig. Damit war zum erstenmal von hervorragender Stelle des Reiches aus die Anregung einer reichsgesetzlichen Regelung der Seuchen-

bekämpfung gegeben. Die ärztliche Literatur, besonders die Berichte der Aerztetagungen der siebziger Jahre spiegeln den Widerstreit der Meinungen deutlich wieder, der um die Lösung der aufgeworfenen Fragen entbrannte. Man wehrte sich mit allen Kräften gegen die Anzeige zu rein statistischen Zwecken, billigte sie aber, soweit die Anzeige eine prophylaktische Maßnahme im Interesse der Seuchenbekämpfung sei. Im allgemeinen war man gegen die Honorierung der Anzeige. „Seuchenanzeigepflicht", sagte man, „ist Bürgerpflicht". Nicht dem Arzt, sondern dem Haushaltungsvorstand wollten manche sie auferlegen. 1875 forderte man Sanitätsbeamte, die den Verwaltungsbehörden koordiniert seien, keine Nebenbeschäftigung aber Exekutivgewalt hätten, Ermittlungen anstellten, verantwortlich für Mißstände wären, den Vorsitz in Gesundheitskommissionen führten und die unter Mitwirkung der Aerzte des Bezirkes angestellt würden. Ein Reichsmedizinalministerium wurde angestrebt, in dem der ärztliche Stand durch selbstgewählte Abgeordnete vertreten sein sollte.

Trotz aller Referate, Denkschriften und teilweise recht leidenschaftlicher Erörterungen kam aber die Seuchengesetzgebung, vom Impfgesetz abgesehen, nicht weiter. Das ist erklärlich, wenn man bedenkt, daß die Forschungen von Pasteur sich auswirken mußten und daß gerade damals alle Augen auf Robert Koch gerichtet waren, der seit 1876 mit seinen Arbeiten über Milzbrand, Wundinfektionskrankheiten, Desinfektion und 1882 mit der Entdeckung des Tuberkelbacillus die wissenschaftliche Welt in Atem hielt.

Die Wissenschaft soll den Gesetzgeber beraten und führen. Mitte und Ende der achtziger Jahre brachte fast Jahr um Jahr neue Fortschritte in unseren Kenntnissen von der Aetiologie der Seuchen. Mit einer Wissenschaft, die in rapider Entwicklung ist, kann die langsam arbeitende Gesetzgebung nichts anfangen. So hatte denn auch die Vorberatung über ein Reichsseuchengesetz, die 1883 auf dem elften deutschen Aerztetage zu Berlin auf der Tagesordnung stand, keine praktische Wirkung. Erst das Auftreten der Cholera und Pest brachten die Dinge wieder in Fluß, und so konnte im Jahre 1893 der Preußische Medizinalbeamtenverein den Entwurf des Reichsseuchengesetzes, der dem Reichsviehseuchengesetz vom 26. Juni 1880 nachgebildet war, entsprechend dem Referate von Rapmund beraten. Bundesrat und Reichstagskommission hatten damals, wie Sie wissen, die einheimischen Seuchen aus dem Entwurf gestrichen und es war ein Gesetz zur Bekämpfung nicht einheimischer, sog. gemeingefährlicher Seuchen, geworden.

Wir wollen jetzt nach 28 Jahren die damals erfolgte Abänderung des Entwurfes gewissermaßen rückgängig machen; wir müssen uns deshalb darüber klar werden, welche Gründe damals für die gesetzgebende Gewalt maßgebend waren, die Bekämpfung der Heimseuchen[1]) den Bundesstaaten zu überlassen.

---

[1]) Heimseuchen im Gegensatz zu Fremdseuchen (gemeingefährl. Krankheiten).

Die Verquickung des Gesundheitswesens mit sämtlichen Zweigen des öffentlichen Rechtes führt im Deutschen Reiche, wie L. v. Stein sagt, dazu, daß bei jeder Maßregel die Frage entsteht, ob die Macht des Staates durch die höhere des Reiches beeinträchtigt werden darf, ob dieses nützlich, ob es notwendig ist.

1893 und 1900 verneinten Reichsregierung und Reichstag die Notwendigkeit; die Seuchengesetzgebung wurde deshalb damals in die heutige Bahn gelenkt, d. h. die Exekutive blieb den Bundesstaaten, das Reich regelte die Bekämpfung der Fremdseuchen, die Bundesstaaten regelten die der Heimseuchen.

In den Reichstagsverhandlungen waren für die Abänderung des Entwurfes noch weitere Gründe bestimmend: Die wissenschaftliche Grundlage sei für eine reichsgesetzliche Regelung bei den Heimseuchen noch nicht genügend gegeben; auch seien die ausführenden ärztlichen Organe noch nicht den Anforderungen gewachsen. Man kann diesen Gründen eine Berechtigung nicht absprechen. Die Folge dieser Tatsachen war, daß die Bundesstaaten im Laufe zweier Jahrzehnte sich ihre Seuchengesetzgebung gegen die Heimseuchen in Anlehnung an das Reichsseuchengesetz und an das preußische Seuchengesetz und eine den Anforderungen der Wissenschaft und der Seuchenbekämpfung entsprechende Medizinalbeamtenschaft schufen.

Das Gesundheitswesen ist wie ein Organismus. Einmal geschaffen, entwickelt es sich weiter. Zweifellos drängt die Entwicklung des Gesundheitswesens im Deutschen Reiche nach einer gewissen Vereinheitlichung hin.

Der Deutsche und der Preußische Medizinalbeamtenverein haben dieses richtig erkannt und die erfolgte Regelung stets als eine vorläufige angesehen. So wurde 1913 in Breslau nach dem Referat von Gumprecht und Krause der Leitsatz angenommen, daß die ganze Seuchenbekämpfung für das Deutsche Reich durch ein Reichsgesetz zu regeln sei, das sämtliche übertragbare Krankheiten, soweit ihre Bekämpfung nötig sei, umfasse. Im Jahre 1919 hat Solbrig auf der Tagung zu Weimar in seinem Referat „über die Aufgaben und die Tätigkeit der Medizinalbeamten“ ausdrücklich von neuem die Forderung nach einer einheitlichen Regelung der Seuchenbekämpfung im Deutschen Reiche erhoben.

Wenn wir heute die Art und Weise besprechen wollen, wie die Bekämpfung der übertragbaren Krankheiten vereinheitlicht werden soll, so ist das also eine Fortentwicklung früherer Bestrebungen der Medizinalbeamtenschaft, ja es ist das Wiederbetreten eines Weges, der in den 70er und 80er Jahren auf Wunsch der Aerzteschaft Deutschlands zu gehen versucht, 1893 aber verlassen wurde.

Wir treten aber heutigen Tages ganz anders an die Regelung heran, als die damalige Zeit. Damals handelte es sich um etwas Neues, damals galt es die Neuschaffung eines Reichsgesetzes; jetzt aber haben wir eine Grundlage in den

Landesseuchengesetzen, deren Richtlinien einheitliche sind, jetzt handelt es sich um eine Vereinheitlichung dieser Seuchengesetze.

Welche Gründe sprechen nun für eine Vereinheitlichung?

Die Landesseuchengesetze sind wohl in den Richtlinien gleich, in vielen, und zwar auch sehr wichtigen Vorschriften weichen sie aber von einander ab. Auf diese Verschiedenheiten in den einzelnen Bundesstaaten aber will ich nicht näher eingehen; 1913 hat Krause auf der 9. Hauptversammlung unseres Vereins ausführlich darüber berichtet, und wesentliche Aenderungen sind seitdem nicht eingetreten.

Zusammenfassend kann man sagen: Sowohl in den Anzeigevorschriften, wie in den Verdachtsmeldungen, den Anstellungen von Ermittlungen und sonstigen Bekämpfungsmaßnahmen ergeben sich mehr oder weniger weitgehende Unterschiede.

Die Ursache hierfür ist, daß zwischen den Erlassen der einzelnen Seuchengesetze Jahre und Jahrzehnte liegen und die späteren Gesetze die Fortschritte der Wissenschaft und die Erfahrungen früherer Gesetze berücksichtigen konnten, daß ferner in sachlicher und persönlicher Hinsicht lokale Verschiedenheiten bestanden und daß manche Bestimmungen gegen den Rat der Sachverständigen durch die Volksvertretung zustande kamen. Man denke nur an die Typhusverdachtsmeldung und Tuberkulosebekämpfung in Preußen.

Wir können mit gutem Gewissen den Fortbestand dieser Verschiedenheiten als nicht würdig der deutschen Wissenschaft und des deutschen Medizinalbeamten bezeichnen. In der Praxis haben sich Schwierigkeiten ergeben, sobald sich nämlich eine einheitliche Seuchenbekämpfung in verschiedenen Ländern als nötig erwies. Die Reichstyphusbekämpfung weiß ein Lied davon zu singen. Auf die Anzeige baut sich die Seuchenstatistik auf, auf die Statistik die wissenschaftliche epidemiologische Forschung. Wenn, wie es jetzt zum Teil der Fall ist, die Anzeige uneinheitlich gehandhabt wird, so leiden Forschung und Erkenntnis Schaden. Und weiter: Unhaltbare Zustände ergeben sich, wenn die eine oder andere gesetzliche Vorschrift den Fortschritten der Wissenschaft anzupassen ist. Unter Umständen müssen sich dann einige zwanzig deutsche Parlamente damit befassen. Die Folgen des Fehlens der einheitlichen Führung sieht man so recht jetzt. Preußen hat z. B. in diesem Jahre selbständig, ohne Fühlungnahme mit anderen Bundesstaaten, sein Desinfektionswesen neu gestaltet; in einigen zwanzig deutschen Ministerien entsteht nun die Frage, ob und mit welchen Abänderungen das preußische Desinfektionswesen übernommen werden soll.

Das Reich kann sich aber ferner bei allen vorbereitenden Schritten des Rates aller deutschen Sachverständigen bedienen, wie sie im Reichsgesundheitsrat vertreten sind. Seine Beschlüsse werden daher unter Umständen dem Stande der Wissenschaft

und den praktischen Anforderungen aller Staaten besser entsprechen, als Landesvorschriften.

Durch die jetzigen Verhältnisse wird viel unnötige Arbeit geleistet und werden die Kräfte verzettelt. Die Notlage unseres Volkes zwingt uns aber, intensiv zu arbeiten und unsere Arbeitskräfte nicht zu verzetteln.

Zusammenfassend kann man deshalb sagen, daß gewichtige Gründe für eine Vereinheitlichung der Seuchengesetzgebung sprechen.

Gibt es nun Gründe, die gegen eine Vereinheitlichung sprechen?

1893 erschien die wissenschaftliche Grundlage für die reichsgesetzliche Regelung der Heimseuchen nicht genügend gefestigt. Das ist jetzt anders, wie Sie wissen. Damals fehlte eine auf die Seuchenbekämpfung eingestellte Medizinalbeamtenschaft. Heutzutage ist sie vorhanden.

In einzelnen Seuchengesetzgebungen gibt es nun aber Bestimmungen, die wohl in dem betreffenden Staat sich eingelebt haben, anderen Staaten aber vielleicht zu weitgehend erscheinen. Ich erinnere an die bayerische Vorschrift § 23 1 d. M. B. v. 9. 5. 11, auf deren Grund von der Bezirkspolizeibehörde bei Ophthalmoblenorrhoe der Neugeborenen eine ärztliche Behandlung und Krankenhausbehandlung angeordnet werden kann; ich erinnere an die Anzeigepflicht bei Tuberkulose jeder Art und bei Geschlechtskrankheiten in Lippe.

Sollen derartige vielleicht als zu weitgehend erscheinende Bestimmungen nun vom Reiche unterdrückt werden? Kann man in diesen Verschiedenheiten einen Grund gegen Vereinheitlichung erblicken? Ich glaube nicht.

Zweckmäßiges, Bewährtes könnte die Reichsregierung sicher übernehmen, andernfalls könnte sie, auch auf die Gefahr, die Buntscheckigkeit nicht ganz auszuschalten, den Einzelstaaten überlassen, weitergehende Maßnahmen als reichsgesetzlich festgelegt sind, beizubehalten.

Ein Ausgleich der Interessen würde sich finden; jedenfalls kann in der jetzt bestehenden Verschiedenheit mancher Vorschriften kein Grund gegen eine Vereinheitlichung gefunden werden.

Von schwerwiegender Bedeutung ist aber die Frage, die, wie wir gesehen haben, in den Jahren 1870 und 1893 die Regelung beherrschte, ob nämlich in die Kompetenzen des Bundesstaates seitens des Reiches weitgehender eingegriffen werden darf oder nicht, ob dieses nützlich oder notwendig ist.

Wir sind keine politische Versammlung; wir kommen aber um die Stellungnahme zu dieser Frage nicht herum, wollen wir als Sachverständige der Seuchengesetzgebung einen gangbaren Weg weisen. Dazu ist das Gesundheitswesen zu sehr mit dem öffentlichen Leben verknüpft.

Die Regierung des Kaiserreiches stand streng auf dem verneinenden Standpunkt. Sie hat es mit dem Reichsgedanken

nur vereinbar gehalten, daß die Exekutive den Bundesstaaten belassen wurde, und hat sich bei der Bekämpfung der gemeingefährlichen Krankheiten nur auf die allernotwendigsten Eingriffe in die Kompetenzen der Bundesstaaten beschränkt.

Die Regierung der Republik hat, gestützt auf die neue Reichsverfassung, durch die Verreichlichung der Post, der Eisenbahn, des Heeres und der Finanzen für diese Verwaltungen die Frage bejaht. Es ist ungewiß, wie sie sich bei der Gesundheitspflege hierzu stellen wird.

Wenn wir uns aber über das „Ob" und „Wie" einer Vereinheitlichung der Seuchengesetzgebung schlüssig werden wollen, dann müssen wir uns zuerst entscheiden, ob wir eine Verreichlichung des gesamten Gesundheitswesens mit allen seinen Folgerungen für die Selbständigkeit der Gesundheitsverwaltung der Staaten wünschen; denn je nach dem Entscheid ist der Weg einzuschlagen. Soll die Exekutive an das Reich fallen, dann muß die gesamte Gesundheitsverwaltung und die Seuchengesetzgebung im Reiche neu aufgebaut, bezüglich umgestaltet werden. Soll die Exekutive aber wie bisher bei den Bundesstaaten verbleiben, und sollen die Kompetenzen der Gliedstaaten weitgehendst gewahrt werden, dann handelt es sich nur um Ausbau und Fortentwicklung der bestehenden Reichsseuchengesetzgebung.

Die Forderung nach einer Reichsgesundheitsverwaltung ist seit der Revolution mehrfach in Wort und Schrift erhoben worden. Dabei ist klar zum Ausdruck gebracht, daß dadurch die Exekutive der Länder beseitigt würde. Es handelt sich also um Bestrebungen, wie sie der niederrheinische Aerzteverein 1870 vertreten hat. Die bestehenden Schwierigkeiten spiegelt der Bericht[1]) wider über die am 5. 12. 18 im preußischen Ministerium des Innern geführten Verhandlungen über Ausbau der Seuchenbekämpfung und der Gesundheitsverwaltung. Dietrich sprach für ein preußisches Medizinalministerium, der Abgeordnete Mugdan für ein Reichsamt für Medizinalwesen als Zentralinstanz. Mugdan bejahte die Frage Dietrichs, daß dann die Bundesstaatliche Verfassung, also die Landesverwaltung und die Exekutive der Länder aufhören müsse, und wies auf die Post hin. Hervorzuheben ist, daß Dietrich die zweifelnde Frage stellte, ob Bayern, Baden und Württemberg sich dieses wohl gefallen ließen?

Rein objektiv betrachtet ist zur Zeit in Bayern und wohl auch im übrigen Süddeutschland die öffentliche Meinung zum großen Teil gegen eine Verreichlichung. Es besteht hier offenbar nicht die Neigung, das Landesgesundheitswesen zu einer Provinzverwaltung umgestalten zu lassen.

Aber neben diesen Erwägungen, die mehr historisch-politischer Natur sind, lassen sich auch Gründe anführen, die

[1]) Veröffentlichungen auf dem Gebiete der Mediz. Verwalt.; 1919, S. 100.

die besondere Eigentümlichkeit der Gesundheitspflege und insbesondere der Seuchenbekämpfung in Betracht ziehen und die gegen eine zuweitgehende Zentralisierung der öffentlichen Gesundheitspflege sprechen. Die Forderungen der öffentlichen Gesundheitspflege, insbesonders der Seuchenbekämpfung, lassen sich nicht gesetzlich befehlen und durchführen, wie es meinetwegen auf dem Gebiete der Post-, Heeresverwaltung usw. möglich ist. Bei dem Vollzug, insbesondere der seuchengesetzlichen Vorschriften, ist man auf das verständnisvolle Zusammenarbeiten aller Beteiligten angewiesen. Dieses kann aber am ehesten die Landesverwaltung erreichen, die mit den besonderen Eigenarten der Bevölkerung und dem zur Verfügung stehenden Verwaltungsapparat am besten vertraut ist und ständig in engster Verbindung mit ihr steht, wie es in dem notwendigen Maße bei einer Reichsregierung nicht der Fall sein kann. Deshalb bedarf die Landesregierung Bewegungsfreiheit. Reichsgesetzliche Vorschriften als Richtlinien gedacht, werden auf dem Gebiete der Gesundheitspflege fördernd und segensreich sein, aber die Eigentümlichkeit des Gesundheitswesens verlangt m. E., daß die Exekutive den Einzelstaaten bleibt und daß diese in der Lage sind, die Vorschriften im Einzelnen den vorhandenen Eigentümlichkeiten in ihren Staaten anzupassen.

Das politische Leben ist noch nicht gefestigt; es ist zu sehr zu befürchten, daß im Gesundheitswesen die maßgebenden Stellen im Reiche zu sehr an Parteigünstlinge statt an Fachspezialisten vergeben werden, als daß man wünschen könnte, dem Parteileben im Reiche ein so wertvolles Gut anzuvertrauen, wie es die öffentliche Gesundheit ist.

Der Abgeordnete Dr. Graf hat 1893 im preußischen Abgeordneten-Haus ein treffendes Wort[1]) über die Seuchengesetzgebung gesprochen.

„Ei gutes Seuchengesetz, eine befriedigende Medizinalreform, eine wirksame Bekämpfung der Volksseuchen, sie alle setzen ein harmonisches, organisches Zusammenarbeiten aller beteiligten Faktoren voraus, der Staatsbehörden, wie der Gemeinden und nicht allein der beamteten Aerzte, sondern des gesamten, sich seiner Pflichten gegenüber dem öffentlichem Wohle wohl bewußten Aerztestandes."

Unter Berücksichtigung dieser Worte sollte man daher alles vermeiden, was ein derartiges Zusammenarbeiten zu stören in der Lage ist.

Die angeführten Tatsachen lassen mich also zu der Auffassung kommen, daß eine Vereinheitlichung nötig ist, daß aber im Interesse einer baldigen und ruhigen Weiterentwicklung des Gesundheitswesens und im Interesse des harmonischen organischen Zusammenarbeitens und drittens, um leicht Erreichbares vorzuschlagen, die Exekutive den Staaten zu belassen ist und von einer Verreichlichung des Gesundheitswesens abgesehen wird.

---

[1]) Zeitschrift für Mediz.-Beamte; 1893, S. 351.

Unter diesen Voraussetzungen mache ich meine weiteren Vorschläge.

Sind wir uns in dieser grundsätzlichen Frage einig, dann kommen wir zu der weiteren Frage, welche Gesichtspunkte uns bei der jetzt möglichen Verreichlichung leiten müssen.

Die reichsgesetzliche Regelung muß Mindestforderungen enthalten in einer Form, daß die Länder sie erweitern können, je nach den örtlichen Verhältnissen. Maßnahmen, die für dichtbevölkerte Industriezentren nötig sind, erscheinen vielleicht unnötig für dünn bevölkerte Landstriche.

Diese Mindestforderungen müssen dem Stande der Wissenschaft und der voraussichtlichen Armut des Volkes angepaßt sein.

Die reichsgesetzliche Regelung muß ferner derart erfolgen, daß die Vorschriften entsprechend dem Fortschreiten unserer wissenschaftlichen Erkenntnis ohne großen Gesetzesapparat abzuändern sind.

Auf welchem Wege ist nun eine derartige reichsgesetzliche Regelung möglich?

Ein Hineinarbeiten der Gesetzgebung der Volksseuchen in das Gesetz vom Jahre 1900, also eine Verschmelzung der beiden Gesetze erscheint mir nicht möglich. Die Art der Bekämpfung der einheimischen und nicht einheimischen Seuchen ist zu verschieden.

Die zweite Möglichkeit wäre die Schaffung eines Reichsgesetzes zur Bekämpfung der Heimseuchen entsprechend dem Gesetz gegen die gemeingefährlichen Krankheiten.

Auf den ersten Blick mag diese Lösung günstig erscheinen. Durchführbar ist sie sicherlich, da die Erfahrungen der bundesstaatlichen Gesetzgebung vorliegen.

Wir hätten dann also im Reiche zwei große Seuchengesetze, zu denen die Staaten die entsprechenden Ausführungsbestimmungen erließen.

Es lassen sich aber gewichtige Einwände dagegen machen:

Es ist anzunehmen, daß bei einzelnen Fragen große Meinungsverschiedenheiten an den gesetzesgebenden Stellen auftauchen, die die Verabschiedung des Gesetzes erheblich verzögern. Damit ist der Seuchenbekämpfung nicht gedient. Wir halten es vielmehr für nötig, daß eine Weiterentwicklung der Seuchengesetzgebung baldigst erfolgt.

Zweitens: Ein Reichsseuchengesetz entsprechend dem Gesetze gegen die gemeinfährlichen Krankheiten läßt den Gliedstaaten wohl die Exekutive, es schränkt aber ihre Initiative sehr ein. Es mag bei den Fremdseuchen unbedenklich sein, bei den Heimseuchen aber, mit denen die Verwaltung tagtäglich zu tun hat und deren Bekämpfung ihre Besonderheiten hat, würde eine weitgehende Einschränkung der Initiative, wie schon oben dargelegt, bedenklich sein.

Und drittens: Es ist auch die Frage, ob die Bestimmungen eines Reichsgesetzes gegen die Heimseuchen labil genug gefaßt werden können, daß sie dem steten Fortschritt der Wissenschaft

entsprechend leicht abgeändert werden könnten. Das sind Gründe, die mich veranlassen, ein Reichsgesetz gegen die Heimseuchen entsprechend dem Gesetz gegen gemeingefährliche Krankheiten nicht in erster Linie für empfehlenswert zu halten.

Diese Nachteile hat die dritte Möglichkeit, die ich in Vorschlag bringe, nicht mehr.

Eine dritte Möglichkeit wäre nämlich die, daß das Reich sich darauf beschränkte, auf Grund des § 5 Abs. 2 des Gesetzes zur Bekämpfung der gemeingefährlichen Krankheiten für bestimmte Heimseuchen die Anzeigepflicht durch den Reichsrat anordnen zu lassen und daß der Reichsrat entsprechende Anleitungen und Leitsätze ausarbeitet, nach denen die Länder ihre Gesetzgebung ausbauen würden.

Für ein derartiges Vorgehen haben wir schon Beispiele. Der Bundesrat hat z. B. durch Verfügung vom 28. 9. 09 auf Grund des § 5 Abs. 2 die Anzeigepflicht für Milzbrand eingeführt; allerdings überließ damals das Reich es Preußen mit dem Erlaß von Anweisungen bei Milzbrand voranzugehen. Das Reich hat ferner 1903 Leitsätze für die Bekämpfung des Typhus herausgegeben, die bei der bundesstaatlichen Seuchengesetzgebung weitgehendste Berücksichtigung fanden.

Dieser dritte Weg hat den Vorteil, daß er ohne besonders zeitraubende Gesetzesbearbeitungen seitens des Reiches und der Einzelstaaten betreten werden kann und daß die Leitsätze oder Anleitungen den wissenschaftlichen Fortschritten jederzeit durch Abänderung angepaßt werden können.

Mir scheint dieser Weg der einfachste, unseren Absichten entsprechendste und empfehlenswerteste zu sein.

Ich stelle mir die Regelung also so vor:

Das Reich führt die Anzeigepflicht für bestimmte einheimische Seuchen ein. Es gibt ferner durch das Gesundheitsamt oder den Reichsgesundheitsrat Leitsätze und Anleitungen heraus, die den Gliedstaaten bei ihrer Bekämpfung als Unterlage dienen.

Die Einzelstaaten hätten ihre Seuchengesetzgebung diesen Maßnahmen anzupassen. Dieses kann, soweit zu übersehen ist, ohne große Abänderung der Vorschriften geschehen. Wie wir später sehen werden, herrscht schon bei den Anzeigevorschriften weitgehendste Uebereinstimmung. Auch die Verschmelzung der als Richtlinien gedachten Anleitungen, mit der Seuchengesetzgebung der Einzelstaaten wird offenbar unschwer zu erreichen sein.

Was erreichen wir durch diese Regelung?

Die Bekämpfung der Heimseuchen wird durch die Reichsvorschrift über die Anzeigepflicht der Kontrolle des Reiches unterstellt. Die Länder werden veranlaßt, ihre Seuchengesetzgebung dem Stande der Wissenschaft und der Erfahrung anzupassen, und es ist dabei, da die Leitsätze vom Reichsrat zu erlassen sind, in dem die Einzelstaaten ihre Vertreter haben, für einen genügenden Einfluß jedes Landes gesorgt. Es kommt

noch mehr ein einheitlicher Zug in die Gesetzgebung und in ihre Ausführung.

Wenn die Landesregierungen in dieser Weise sich der Führung des Reiches anvertrauen, dann muß auch Gewähr dafür gegeben sein, daß die zuständigen Stellen, das sind das Reichsamt des Inneren und das es beratende Reichsgesundheitsamt, den Anforderungen gewachsen sind. Von hier aus muß eine praktische und wissenschaftliche Leitung, bei aller Berücksichtigung der Selbständigkeit der Länder, ausgehen.

Diesen wichtigen Punkt werden wir nochmals berühren. Damit schließe ich den ersten Teil meiner Darlegungen.

Ehe wir nun besprechen, welche Verbesserungen und Abänderungen gegenüber den jetzigen Bestimmungen vom Reiche angestrebt werden müssen, will ich versuchen, die wichtigsten Punkte unserer heutigen Auffassung von den übertragbaren Krankheiten, soweit sie gesetzesbildende Kraft haben, in aller Kürze zusammenzufassen.

Das Erste ist: Jede übertragbare Krankheit hat nicht nur in klinischer und aetiologischer Beziehung, sondern auch in epidemiologischer Hinsicht ihre Sonderheit.

Lassen sie in Gedanken die lange Reihe der übertragbaren Krankheiten vorbeiziehen: Welche Verschiedenheit der Erreger, der Uebertragungsmöglichkeiten, der Vegetationsorte in- und außerhalb des Menschen, der Krankheitserscheinungen; wie verschieden sind Vorkommen, Zahl und Bedeutung der gesunden Keimträger, die Neigung, epidemisch aufzutreten, endemisch sich einzunisten, über große Zeitläufe betrachtet, zahlenmäßig anzuschwellen und herabzusinken.

Man ist ja wohl in den letzten Jahrzenten bestrebt gewesen, den Eigentümlichkeiten der Seuchen bei der Bekämpfung möglichst Rechnung zu tragen. Die Sonderheiten müssen aber weiter erforscht werden; immer mehr müssen die Bekämpfungsmaßnahmen diesen Sonderheiten angepaßt werden, wie bereits Kirchner 1918 betonte.

Das Zweite ist: Erreger und Körper stehen in Wechselwirkung zu einander. Es ist ein bestimmter Grad von Virulenz auf der einen, von Empfänglichkeit auf der anderen Seite nötig, daß der Mensch krank wird. Aus dem Wechselspiel zwischen Erreger und Körper, Virulenz und Empfänglichkeit ergeben sich die typischen Krankheitsformen, die atypischen Krankheitsformen und die gesunden Keimträger.

Bei der Verbreitung zahlreicher übertragbarer Krankheiten spielen nun gesunde Keimträger und atypisch Kranke eine erhebliche Rolle. Unsere Kenntnis über ihre Anzahl im Verhältnis zu der der typisch Kranken und über ihre Bedeutung für die Verbreitung der Seuche steckt erst in den Anfängen. Offenbar sind die Verhältnisse nicht nur bei den einzelnen, Seuchen verschieden, sondern auch bei derselben Seuche zu verschiedenen Zeiten und an verschiedenen Orten. Diese atypisch Kranken

und gesunden Keimträger entgehen aber zum allergrößten Teil der ärztlichen Feststellung und dadurch der Anzeige und werden dieses auch stets tun.

Eine Bekämpfung dieser Seuchen muß sich also auch noch auf anderen Grundlagen aufbauen als auf der der Anzeigen.

Das Dritte ist: Beide, Virulenz und Empfänglichkeit und ihre gegenseitige Beeinflußbarkeit sind offenbar der Veränderung unterworfen. Diese Veränderung kann eine Einzelerscheinung sein, wenn z. B. in einer Kette von Typhus- oder Genickstarrefällen die Erkrankungen plötzlich besonders schwer oder leicht werden, oder wenn z. B. der einzelne Mensch zu einer Zeit sich für eine Infektion nicht empfänglich, zu einer späteren Zeit als sehr empfänglich zeigt. Die Veränderung kann aber auch eine Massenerscheinung sein, wobei es oft schwer ist, zu entscheiden, ob es sich um eine Aenderung der Virulenz oder der Empfänglichkeit handelt.

Ich erinnere an das plötzliche epidemiehafte Auftreten und Schwanken großer Seuchen des vorigen und jetzigen Jahrhunderts der Influenza, Diphtherie, Genickstarre.

Es sind dies alles sehr verwickelte Vorgänge, deren Bedingungen wir nicht kennen. Diese Eigentümlichkeiten der Seuchen stellen die Seuchenbekämpfung vor ganz besonders schwierige Aufgaben.

Die bisherige, gesetzliche Seuchenbekämpfung ist in der Hauptsache eine rein kontagionistische, d. h. sie geht so vor, als ob der Erreger die alleinige Ursache wäre. Den Erreger sucht man an seinem Vegetationsorte auf, man spürt seinen Verbreitungswegen in- und außerhalb des kranken Menschen nach und sucht ihn dort unschädlich zu machen.

Diese Bekämpfung steht und fällt mit der Durchführung der Anzeige. Ein voller Erfolg kann ihr aber nicht beschieden sein, wenn es eben, wie geschildert, Verbreiter der Ansteckungskeime gibt, die der Anzeige nicht zugänglich sind, und wenn aus unbekannten Gründen, unbeeinflußbar, plötzlich Steigerungen der Virulenz und Empfänglichkeit auftreten. Hier sind also der auf der Anzeige beruhenden Bekämpfung Grenzen gesetzt.

Mit diesen Gedankengängen hat man sich, veranlaßt durch die Erfahrungen im Kriege, in den letzten Zeiten mehr befaßt als früher. Wir stehen in einer Zeit der Kritik an der bisherigen Seuchenbekämpfung.

Auf der Warschauer Tagung 1916 riet His[1]) unsere Anschauung, die bisher doch vom Standpunkte des Erregers aus betrachtet wurde, vom Standpunkte des Empfängers erneut zu bearbeiten und unsere Kenntnisse von den Schutzkräften unseres Körpers zu erweitern und praktischen Diensten nutzbar zu machen.

Andere Autoren wie jüngst auch Friedberger[2]) weisen

---

[1]) Verhandlungen der a. o. Tagung d. Kongresses f. innere Medizin; 1916.
[2]) Zur Entwicklung der Hygiene im Weltkriege. Jena; 1919.

darauf hin, daß wir in der Aetiologie der übertragbaren Krankheiten reiche Kenntnisse gewonnen haben, daß dies aber nicht der Fall ist bei unseren Kenntnissen über die Ursachen des Entstehens und Aufhörens einer Epidemie.

Neufeld[1]) hat kürzlich in einem Aufsatz über Influenza die epidemiologische Bedeutung der spontanen Virulenz-Steigerung und Abschwächung der Erreger (z. B. Grippe, Schweinerotlauf) eingehender besprochen und die Schwierigkeit der Bekämpfung derartiger Seuchen betont.

Kirchner[2]) hat als Aufgabe der nächsten Zeit hingestellt, zu prüfen, ob unsere Bekämpfungsmaßregeln der Natur der Erreger Rechnung trügen. Sie müßten abgeändert werden, soweit sie es nicht täten. Wir müßten lernen, bei jeder Krankheit spezifisch auf den Erreger zuzugehen.

Aus diesen Aeußerungen klingt die Aufforderung heraus nach neuen Forschungen über Entstehung und Uebertragung der Seuchen.

Aber deshalb ist noch nicht gesagt, daß unsere bisherigen Wege falsch seien. Wir stimmen mit Gottstein[3]) überein, daß die eigentlichen Seuchenbekämpfungsgesetze, wie bisher, kontagionistisch sein müßten. Wir sind uns aber der Grenzen ihrer Wirksamkeit bewußt und müssen ausdrücklich betonen, daß diese gesetzlichen Maßnahmen der Seuchenbekämpfung nur als ein Teil einer allgemeinen Seuchenbekämpfung betrachtet werden müssen.

Im Jahre 1888 sagte Robert Koch[4]) „die ersten Erkrankungen sind wie einzelne Funken, welche in ein Strohdach fallen.“ Wir müssen heute sagen, daß die Bekämpfung sich nicht allein mit dem Funken zu beschäftigen hat, sondern sich auch um Beschaffenheit des Daches kümmern muß.

In diesem Sinne äußerte sich schon 1896 Max v. Gruber in einem Aufsatz „Pasteurs Lebenswerk“ unter Hinweis auf das Vorkommen von Krankheitserregern im gesunden Körper:

„Die Hygiene geht nicht auf in Absperrungsmaßregeln und Desinfektion, so ungeheuer wichtig und wertvoll diese Maßregeln auch sind. Sie strebt daneben wieder mehr und mehr dahin, auf alle Fälle die Widerstandsfähigkeit des bedrohten Organismus zu kräftigen. Nur in der Hand des physiologisch geschulten Aetiologen und Hygienikers kann das bakteriologische Rüstzeug vollen Nutzen bringen.“

Mit den Seuchengesetzen allein ist es also nicht getan; es muß vielmehr öffentliche Gesundheitspflege in weitestem Maße getrieben werden; denn jede Maßnahme der öffentlichen Gesundheitspflege hat mittelbaren oder unmittelbaren Einfluß auf die Bekämpfung übertragbarer Krankheiten.

Unsere Kenntnisse über die Aetiologie und Epidemiologie übertragbarer Krankheiten sind also lückenhaft und müssen erweitert werden. Auch dazu bedürfen wir eines Seuchengesetzes;

---

[1]) D. M. W.; 1921.
[2]) Veröffentl. a. d. Gebiete d. Med.-Verwaltung; 1919.
[3]) Epidemiologie. Handbuch f. Soziale Hygiene.
[4]) Bek. der Infekt.-Krankheiten. Berlin; 1888.

denn nur Anzeige und Ermittlung schaffen reiches zuverlässiges Material für die Forschung herbei. Der epidemiologischen Forschung ist aber nicht mit Verzettelung, sondern mit Einheitlichkeit der Beobachtungen gedient, mit Arbeiten nach großen nicht nach kleinen Gesichtspunkten. Dieses ist ein weiterer Grund dafür, die Seuchengesetzgebung im Reiche zu vereinheitlichen, und zu fordern, daß die Beobachtungen von einer Zentralstelle, dem Reichsgesundheitsamte, im Interesse der Erforschung und Bekämpfung der Seuchen verwertet werden.

Und dieses Reichsgesundheitsamt muß, wie es in der Denkschrift [1]) über die Aufgaben und Ziele des kaiserl. Gesundheitsamtes vom 6. 2. 78 heißt „einen gewissen intellektuellen Einfluß auf die Gesundheitsorgane sich nicht entgehen lassen, der sich dahin zu erstrecken haben würde, daß dieselben womöglich nach gleichen Gesichtspunkten und nach einem gleichen allgemeinen Arbeitsplane ihre Tätigkeit entfalten“.

Wir kommen zum *dritten Teil* unserer Ausführungen, welche *Einzelbestimmungen* von uns als notwendig erachtet werden, also für welche Krankheiten wir die reichsgesetzliche Anzeigepflicht fordern und welche Einzelbestimmungen wir in den Leitsätzen und Anleitungen des Reiches zu sehen wünschen.

Für welche Krankheiten ist nun die reichsgesetzliche Anzeige zu fordern?

Bei der Mehrzahl der Staaten ist die *Anzeigepflicht* für *Erkrankungs- und Todesfälle* für folgende Krankheiten eingeführt:

Diphtherie	Ruhr	Trichinose
Genickstarre	Scharlach	Fleisch-, Fisch-, Wurstvergiftung (Paratyphus)
Kindbettfieber	Tollwut (Bißverletzungen)	Spinale Kinderlähme
Körnerkrankheit (Trachom)	Typhus	Blenorrhoe der Neugeborenen.
	Rückfallfieber	
Milzbrand	Rotz	

Für diese Krankheiten müßte also, falls nicht ein besonderes Heimseuchengesetz geschaffen wird, auf Grund des § 5/2 des R. S. G. die Anzeigepflicht angeordnet werden. Erwünscht wäre wenn die Anzeige auch für *Malaria* und *Wurmkrankheiten*, deren Vorkommen wohl z. Z. lokal begrenzt ist, die aber doch epidemiologisch von Wichtigkeit sein können, angeordnet würde.

Eine reichsgesetzliche Anzeigepflicht wäre auch für die Kinderkrankheiten *Masern*, *Keuchhusten*, *Mumps*, *Röteln* erwünscht beim Auftreten in Schulen, Krippen, Seebädern, Kurorten.

Die Anzeigepflicht bei *Tuberkulose* und *Geschlechtskrankheiten* wird wohl am besten durch ein besonderes Reichsgesetz, falls nicht der für die übrigen Heimseuchen empfohlene Weg gangbar ist, erfolgen. Ueber die Bekämpfung dieser beiden Seuchen ist in den letzten Jahren unendlich viel gesprochen und geschrieben, ohne daß bisher

---

[1]) Aerztl. Vereinsblatt f. Deutschland; 1878, S. 46.

ein Abschluß dieser Fragen erreicht ist. In der Hauptsache werden Sie im Bilde sein. Deshalb brauche ich hier nicht näher darauf einzugehen und will nur gewissermaßen das Stichwort für die spätere Besprechung geben.

Verdachtsanmeldungen sind erforderlich und bestehen schon in mehreren Bundesstaaten bei Milzbrand, Typhus, Ruhn Genickstarre, Kindbettfieber, Rückfallfieber, Rotz.

Unsere Kenntnis über Vorkommen und Bedeutung der gesunden Keimträger ist wissenschaftlich noch im Fluß. Aber so weit ist unsere Kenntnis, daß die Einführung einer reichsgesetzlichen Anzeigepflicht für Keimträger bei bestimmten Krankheiten berechtigt erscheint.

Es sollte dem Reichsrat die Möglichkeit gegeben werden derartige Anzeigevorschriften zu erlassen. Bei Typhus und Ruhr sollten die Keimträger stets, bei Diphtherie und Genickstarre nur beim Vorkommen in Schulen und Nahrungsmittelgeschäften gemeldet werden.

Wer soll melden?

Von dem Grundsatze, daß der behandelnde Arzt in erster Linie die Anzeige zu erstatten hat, darf nicht abgegangen werden. Nur bei den erwachsenen Keimträgern dürfte dem betreffenden Träger selber die Anzeige aufzuerlegen sein, falls es sich um einen Wohnungswechsel handelt. Bei der Feststellung des Bazillenträgers hätte die zuständige bakteriologische Anstalt, falls keine ärztliche Behandlung stattfindet, die Anzeige zu erstatten.

Der zehnte deutsche Aerztetag in Nürnberg [1]) hat 1882 die Verpflichtung der Aerzte zur Anzeige als prophylaktische Maßnahme im Interesse der Seuchenbekämpfung anerkannt.

Im Ganzen hat sich die Aerzteschaft an die Anzeige gewöhnt. Wir Medizinalbeamte wollen uns aber keiner Illusion über die Lückenhaftigkeit der Meldungen hingeben. Wir müssen alles unterstützen, was die Anzeigefreudigkeit der Aerzte hebt, bezüglich die Hemmungen zur Anzeige beseitigt.

Die Aufwerfung der Frage, an wen die Meldung zu erstatten ist, führt uns auf das Gebiet der Weiterentwicklung der Organisation der Gesundheitsverwaltung.

Ihnen sind die Bestrebungen bekannt, die außer auf Verreichlichung des Gesundheitswesens auch auf Selbständigmachen der Gesundheitsbehörden hinzielen. Es sind dies alte Bestrebungen aus den 70iger Jahren. Die Zeit zu ihrer vollen Erfüllung wird wohl kommen. Es wäre aber jetzt Zeit, den Anfang damit zu machen durch Schaffung eines Unterbaues, indem man die Stelle des beamteten Arztes zu einem Gesundheitsamt erweitert.

Hierzu kann die Vereinheitlichung der Seuchengesetzgebung einen Anstoß geben, wenn unter Abänderung des § 1 des Gesetzes vom 30. 6. 1900 bestimmt wird, daß die Anzeige

---

[1]) Aerztliches Vereinsblatt; 1882, S. 185.

der Heim- und Fremd-Seuchen statt an die Orts- oder Bezirkspolizeibehörde an den beamteten Arzt gesandt wird. Diese Abänderung müsste vom Reichsrat und Reichstag vorgenommen werden.

Stellen wir den beamteten Arzt und sein erstrebtes Gesundheitsamt in den Mittelpunkt der Organisation, so nehmen wir äußerlich den Maßnahmen den sogenannten polizeilichen Charakter. Vielleicht haben wir dann Aussicht, daß der beamtete Arzt Vertrauensperson für die behandelnden Aerzte und die Bevölkerung in gesundheitlichen Fragen wird, was bis jetzt nicht immer der Fall ist. Auch einen günstigen Einfluß auf die Anzeige seitens der Aerzte würde dieses zur Folge haben.

Von allen Sachverständigen [1]) wird eine reichsgesetzliche Regelung der Leichenschau als Ergänzung zu den Vorschriften über Anzeigepflicht verlangt. In diesem Sinne sprach sich wie schon erwähnt im Oktober 1874 der Ausschuß des Bundesrates für Handel und Verkehr aus, als er den Zusammentritt einer medizinal-statistischen Kommission beschloß. Eine obligatorische Leichenschau ist reichsgesetzlich nicht vorgeschrieben. Wie Schwalbe 1909 in der D. M. W. schildert, besteht die allergrößte Verschiedenheit hinsichtlich der Leichenschau in den einzelnen Bundesstaaten. Wir müssen deshalb im Interesse der Erforschung und Bekämpfung der Volksseuchen erneut fordern, daß auch in epidemiefreien Zeiten eine obligatorische Leichenschau, die den wissenschaftlichen und praktischen Ansprüchen entspricht, reichsgesetzlich eingeführt wird, sodaß endlich Einheitlichkeit in diese Bestimmungen kommt. Diese obligatorische Leichenschau hat in der Regel von Aerzten, ausnahmsweise von dem unteren Gesundheitspflegepersonal (Krankenpfleger usw.), das dem beamteten Arzt unterstellt ist, ausgeübt zu werden.

Die Anzeigen nun, die auf Grund des Reichsgesetzes beim beamteten Arzt einlaufen, müssen aber auch dem Reiche zugänglich gemacht werden. Ob hierzu wöchentliche Zusammenstellungen an das Reichsgesundheitsamt, wie sie jetzt schon durch Erlaß vom 2. April 21 z. B. in Bayern eingeführt sind, oder ob monatliche zweckmäßig sind, müßte die Erfahrung lehren. Die Weitergabe der Anzeige an das Reichsgesundheitsamt bringt dieses in engere Verbindung mit beamteten und praktischen Aerzten. Das Reichsgesundheitsamt muß durch weitestgehende Benutzung der Anzeigen nicht nur zu rein statistischen Zwecken sondern auch zum Ausbau der Seuchenerforschung und -Bekämpfung das Vertrauen der meldenden Aerzte und der beamteten Aerzte zu erwerben suchen und sich dadurch ihre arbeitsfreudige Mitarbeit sichern.

Anfügen möchte ich hier, daß auch zu erwägen ist, ob eine Genesungsanzeige den Schulen und Krippen usw.,

[1]) Prinzing: Sozialhygienische Abhandlungen; 1920, Nr. 1.

eine Genesungs- und Entlassungsanzeige den Krankenanstalten aufzuerlegen ist.

Wir kommen nun zu den Maßnahmen, die bei den Leitsätzen und Anleitungen seitens des Reiches Berücksichtigung finden müßten.

Die Ermittelungen, die schon 1875 auf dem Aerztetage von Eisenach gefordert wurden, haben sich in der Seuchengesetzgebung eingebürgert und in der Praxis bewährt. Wenn auch zur Zeit gewisse Verschiedenheiten in den einzelnen Staaten hinsichtlich ihrer Anordnung und Ausführung bestehen, so dürfte sich unschwer Einigkeit erzielen lassen.

Frühere Tagungen des Medizinalbeamtenvereins haben sich ausführlich mit Verbesserungen in den Vorschriften befaßt. Grundsätzlich muß nur dem beamteten Arzt die Ermittelung vorbehalten bleiben. Alle Beschränkungen in der Anordnung der Ermittelung, in dem Zutritt zum Krankenzimmer müssen fortfallen. Das Einvernehmen mit dem behandelnden Arzt vor Anstellung der Ermittelungen ist selbstverständlich.

Für folgende Krankheiten würden bei Ersterkrankungen und Todesfällen in einer Ortschaft oder begrenztem Stadtgebiet Ermittelungen vorzuschreiben sein: Genickstarre, Ruhr, Typhus, Wurmkrankheit, Milzbrand, Rotz, Rückfallfieber, Trichinose, Fisch-, Fleisch-, Wurstvergiftung (Paratyphus), Tollwut, eventuell Körnerkrankheit (Trachom). Die Ermittelungen bei weiteren Erkrankungen müßten dem Ermessen des beamteten Arztes überlassen bleiben.

Außerdem wären in Verdachtsfällen Ermittelungen anzustellen bei: Rotz, Ruhr, Typhus, Milzbrand.

Ermittelungen wären ferner nötig bei Häufungen von folgenden Krankheiten: Diphtherie, Masern, Blennorhoe, Keuchhusten, Lungentuberkulose, Geschlechtskrankheiten, Wurmkrankheiten.

In Bayern sind seit 4. Juli 1914 den beamteten Aerzten Ermittelungsbögen als Unterlage für die Berichte über die Ermittelungen vorgeschrieben. Diese Einrichtung ist der organisierten Typhusbekämpfung entnommen. Der Versuch ist geglückt. Ein engeres Zusammenarbeiten zwischen beamteten Aerzten, oberen und unteren Verwaltungsbehörden und bakteriologischen Anstalten ist erzielt. Es ist aber nötig, daß die recht umfangreichen Ermittelungsbögen vereinfacht werden. Diese Einrichtung ist der Berücksichtigung bei einer einheitlichen Regelung der Seuchenbekämpfung zu empfehlen. Entsprechende Ermittelungsbögen müßten den Leitsätzen über die Bekämpfung der einzelnen Krankheiten seitens des Reichsrates beigegeben werden.

Das Desinfektionswesen ist zur Zeit in den Einzelstaaten in Umbildung begriffen, nachdem Preußen durch Erlaß vom 8. 2. 21 vorangegangen ist. Eine reichsgesetzliche Regelung über Desinfektion ist zu fordern. Es ist zu bedauern, daß das

Reich, insbesondere das Gesundheitsamt, sich die Regelung hat aus der Hand nehmen lassen. Der Vorteil der preußischen Desinfektionsordnung ist darin zu erblicken, daß versucht wurde, die Maßnahmen, der Eigenart der Seuchen anzupassen, daß ferner durch Heranziehung des Pflegepersonals die Schlußdesinfektion bedeutend beschleunigt und verbilligt ist. Von den Einwänden, die gegen die neue Regelung zu erheben wären, möchte ich nur den erwähnen, daß die Ueberwachung der laufenden Desinfektion, so wie sie vorgesehen ist, schwierig durchzuführen und kostspielig sein wird, und voraussichtlich noch manchen Widerstand bei den Aerzten und bei der Bevölkerung zu überwinden haben wird.

An der Notwendigkeit, die Absonderung im Krankenhause soweit als möglich durchzuführen, muß festgehalten werden. Das Einspruchsrecht der Eltern und des behandelnden Arztes muß fortfallen. Dem pflichtgemäßen verantwortlichem Ermessen des beamteten Arztes muß die Anordnung überlassen bleiben.

Es gibt nun eine Reihe von Sonderfragen, die 1913 von der Medizinalbeamtenversammlung mit den Leitsätzen angenommen sind, und deren Berücksichtigung gefordert werden muß. Es handelt sich um die Möglichkeit Wohnungen auch bei Diphtherie, Scharlach und Genickstarre kenntlich zu machen, um Verkehrsbeschränkungen des Pflegepersonals bei Ruhr, um Beschränkung des Gewerbebetriebes bei Scharlach, Diphtherie usw.

Eine besonders eingehende Prüfung wird die Regelung der Behandlung der Bazillenträger erfordern. Ueber die Anzeige haben wir bereits gesprochen. Es scheint mir, daß man die wichtigsten Maßnahmen zuerst wohl für Typhusbazillenträger durch ein besonderes Gesetz oder Verordnung reichsgesetzlich regeln kann.

Eine Regelung ist auch für die Entschädigungsfrage nötig. Die Heranziehung der Krankenkassen und der Invalidenversicherung wird notwendig sein. Auch der allgemein giltige Zwang zur Abgabe von Untersuchungsstoff, die Fernhaltung von bestimmten Betrieben und der Zwang zur Ausführung der laufenden Desinfektion muß einheitlich geregelt werden.

Die Ausführung der Maßnahmen, die auf das Notwendigste zu beschränken sind, muß aber den Charakter der Fürsorgemaßnahmen erhalten, indem die Ueberwachung der Bazillenträger durch die Fürsorgeorgane des beamteten Arztes geschieht.

Auf die Notwendigkeit von Strafvorschriften sei hingewiesen.

In großen Zügen sind hiermit wohl die wichtigsten Forderungen, die bei der Seuchenbekämpfung zu berücksichtigen sind, angeführt.

Die Armut des Volkes zwingt uns bei jedem Vorschlag zur reichsgesetzlichen Regelung auch an die Kosten zu denken.

Es entzieht sich unserer Beurteilung, ob die Finanzlage des Reiches und der Staaten die Durchführung unserer Vorschläge

gestattet. Wünschenswert wäre es, daß nämlich auch die Kosten der Maßnahmen z. B. der Erkrankten-Absonderung, Desinfektion, Beschränkung oder Schließung von Gewerbebetrieben, die dem Einzelnen zur Last fallen, grundsätzlich von der Allgemeinheit übernommen werden; denn diese Kosten sind es in erster Linie, die die Bevölkerung hindern, in ein Vertrauensverhältnis zu der Seuchenbekämpfung zu treten. Andernfalls müßte vom Reiche angestrebt werden, daß die Kosten, mehr als bisher, von Zweckverbänden der Gemeinden, von Krankenkassen und öffentlichen Versicherungsanstalten übernommen werden. Auch die Einrichtung von „Seuchenversicherungen" seitens der privaten Versicherungsanstalten läßt sich vielleicht ermöglichen.

In der letzten Zeit ist die Frage der Honorierung der Anzeigen der Aerzte wieder zur Sprache gekommen; in der D. M. W. 1921 hat Neisser darüber geschrieben. Uns geht die Frage hier nur insofern an, als sie die Besserung der Anzeigelust der Aerzte betrifft, von der wir schon gesprochen haben. Ich glaube nicht, daß die Honorierung der Anzeige hierin Verbesserungen bringen wird; dazu wird die Summe, die für die Anzeige zu zahlen ist, natürgemäß zu gering sein. Der behandelnde Arzt meldet nicht, weil er entweder den Fall als solchen nicht erkannt hat, — fehlen ihm die Kenntnisse, so kann nur eine bessere Ausbildung helfen, ist der Fall klinisch nicht diagnostizierbar, so ist der Arzt entschuldigt — oder weil er nicht melden will. Er will nicht melden, entweder aus grundsätzlichen Gründen und das wird die Ausnahme sein, oder weil er im Widerstreit der Pflichten mit den pekuniären Interessen, die Pflichten zurückgestellt hat. Der letztere Fall ist verständlich, wenn auch nicht zu billigen; denn der Arzt ist abhängig vom Publikum. Das Publikum will häufig die Meldung nicht um den Unannehmlichkeiten zu entgehen, und der Arzt gibt nach.

Es gilt, die Hemmungen, die durch das Verhalten des Publikums bei dem Arzte entstehen zu beseitigen, bezüglich nicht aufkommen zu lassen.

Gestatten Sie mir eine kleine Abschweifung. Im Jahre 1863 stand die Forderung der allgemein-naturwissenschaftlichen Bildung des Arztes auf der Tagesordnung. H. E. Richter,[1] der spätere Leiter des Aerztlichen Vereinsblattes, kündete damals ein Schriftchen von Beneke: „Die praktische Medizin unserer Tage" in Schmidt's Jahrbücher an und schrieb unter anderem:

„Wie das Publikum ist, so werden seine Aerzte, in einem barbarischen Volke, barbarisch, in einem bornierten, borniert, in einem bigotten, frömmelnd usw. Mögen nur die Naturwissenschaften recht im Volke um sich greifen, dann wird dieses die naturwissenschaftlich gebildeten Aerzte schätzen, und die Aerzte werden sich bestreben in diesen Zweigen nicht zurückzubleiben."

Ich habe diesen Ausspruch eines zu seiner Zeit führenden Arztes deshalb angeführt, weil er mal von dem Einfluß der Bevölkerung auf den Arzt spricht und nicht, wie es sonst

[1]) Aerztl. Vereinsblatt; 1875, S. 119.

geschieht, vom Einfluß des Arztes auf die Bevölkerung, und weil sich dieser Ausspruch auf unsere Verhältnisse entsprechend anwenden läßt. Ich möchte sagen:

Je mehr das Volk sich vertraut gemacht hat mit den Ideen der Seuchenbekämpfung, um so mehr müssen die Aerzte sich dem anpassen, und um so leichter ist es für sie, die Pflichten zu erfüllen. Wollen wir, daß alle Aerzte Anzeige erstatten, müssen wir das Volk von der Notwendigkeit der Anzeige überzeugen. Die Notwendigkeit der Anzeigepflicht muß daher mehr als bisher bei der Volksaufklärung in den Vordergrund treten.

Uebernimmt das Reich eine aktivere Führung in der Bekämpfung der Volksseuchen, dann muß es auch seinen Einfluß auf die Schulen geltend machen und in den Schulen und Fortbildungsschulen die Grundlage für die Kenntnis der Seuchenbekämpfung legen. Nicht nur die Kenntnis von den wichtigsten gesetzlichen Vorschriften, sondern auch von den einfachsten Desinfektionsmaßnahmen und die Kenntnisse, wie man sich gegen übertragbare Krankheiten durch Sauberkeit am eigenen Körper und durch Fernhalten von verdächtig Erkrankten schützt, müssen in der Schule gelehrt werden.

Bei der Eigentümlichkeit der Krankheitserreger, ihrer Verbreitung und Entstehung, man denke nur an die gesunden Keimträger und die leichtesten nicht diagnostizierbaren Erkrankungen, kann das Heil von den staatlichen Maßnahmen allein nicht erwartet werden. Der Einzelne muß lernen Selbstschutz gegen übertragbare Krankheiten zu üben und dazu soll ihm die Schule durch Uebermittelung der Kenntnisse von der staatlichen Seuchenbekämpfung, die ihre Richtlinien von der Wissenschaft erhält, erziehen.

Ich bin am Schlusse meines Referates.

In den 70er Jahren des vorigen Jahrhunderts nach der Reichsgründung setzte die Aerzteschaft Bestrebungen in Bewegung, die mit dem Schlagwort „Oeffentliche Gesundheitspflege“ zusammengefaßt wurden, heute sind es Bestrebungen die als „Soziale Hygiene“ bezeichnet werden.

Damals wie heute massenhaft Vorschläge. Und wie damals nur ein Teil der Vorschläge Verwirklichung fand, so wird es auch heute der Fall sein.

Meine Aufgabe erblickte ich nicht darin, weitgehende Forderungen zu stellen, die große Veränderungen auf dem Gebiet der Gesetzgebung und der Organisation verlangten. Derartige Forderungen sind erhoben worden, ich habe aber nicht die Ueberzeugung, daß die Zeit ihrer Erfüllung gekommen ist.

Ich habe mich deshalb darauf beschränkt, unter Anlehnung an die geschichtliche Entwicklung der Seuchengesetzgebung im Deutschen Reiche, vorzuschlagen, vor allem die reichsgesetzlichen Vorschriften über die Anzeigepflicht auf die Heimseuchen auszudehnen und damit einen bedeutsamen Schritt in der Rich-

tung vorwärts zu tun, in der die mutmaßliche Entwicklung der Seuchengesetzgebung im Reiche liegt.

Es war mein Bestreben, das Notwendigste aus der Fülle des Stoffes als Unterlage für Ihre Besprechung darzulegen.

Das Wichtigste meines Referates fasse ich in folgende **Leitsätze** zusammen:

1. Eine Vereinheitlichung der Seuchengesetzgebung im Reiche ist im Interesse der Bekämpfung und Erforschung der Heimseuchen nötig.
2. Als erreichbar wird angesehen, daß
   a. der Reichsrat auf Grund des § 5 II des Reichsgesetzes betreffend der Bekämpfung der gemeingefährlichen Krankheiten vom 30. Juli 1900 eine Anzeigepflicht einführt und Leitsätze oder Anweisungen zur Bekämpfung der betreffenden Seuche herausgibt, die der Seuchengesetzgebung der Einzelstaaten als Unterlage dienen,
   b. das Reich durch das Reichsgesundheitsamt die Einheitlichkeit auf dem Gebiete der Seuchenbekämpfung herbeiführt.
3. Es ist im Reiche und in den einzelnen Ländern eine größere Selbständigkeit des Medizinalwesens, gegenüber den Verwaltungsbehörden anzustreben. Der erste Schritt dazu ist, daß die Anzeigen statt an die untere Verwaltungsbehörde an den beamteten Arzt gerichtet werden.
4. Vom Reiche ist die Anzeigepflicht
   a. im Erkrankungs- und Todesfalle für folgende Krankheiten anzuordnen:
      Diphtherie, Genickstarre, Kindbettfieber, Milzbrand, Ruhr, Scharlach, Tollwut einschl. der Bissverletzungen, Typhus, Blenorrhoe der Neugeborenen, Rückfallfieber, Körnerkrankheit mit Eiterabsonderung, Rotz, Trichinose, Fleisch-, Fisch-, Wurstvergiftung, (Paratyphus), spinale Kinderlähme, Malaria, Wurmkrankheiten.

      Bei Masern, Keuchhusten, Mumps, Röteln, beim Auftreten in Schulen, Seebädern, Kurorten.
   b. im Verdachtsfalle für Milzbrand, Typhus, Ruhr, Genickstarre, Kindbettfieber, Rückfallfieber, Rotz.
5. Für die Bekämpfung der Tuberkulose und der Geschlechtskrankheiten ist ein besonderes Reichsgesetz zu fordern.
6. Das Reichsgesetz über die obligatorische Leichenschau, das seit 50 Jahren gefordert wird, ist für die Erforschung und Bekämpfung der einheimischen Seuchen unbedingt notwendig. Die Leichenschau ist in der Regel durch Aerzte, ausnahmsweise durch anderes Gesundheitspersonal auszuführen.
7. Die Ermittelungen sind grundsätzlich von den beamteten Aerzten des Staates vorzunehmen, alle Beschränkungen bei der Anordnung und Ausführung der Ermittelungen haben fortzufallen. Ermittelungsbögen, die als

Unterlage der Berichte über Ermittelungen dienen, sind für alle Krankheiten, die in Frage kommen, vom Reiche auszuarbeiten; ihre Einführung ist den Einzelstaaten nahe zu legen.

8. Eine Reichsdesinfektionsordnung ist zu fordern.
9. Die Frage der sanitätspolizeilichen Behandlung und der Entschädigung der Bazillenträger ist vom Reiche zu regeln.

(Lebhafter Beifall!)

Aussprache.

H. Ober-Reg.-Med.-Rat Dr. **Mayer**-Nürnberg tritt auf Grund seiner Erfahrungen bei Typhusbekämpfung in der bayer. Pfalz für die Einrichtung von bakteriologischen Untersuchungsanstalten für jeden Reg.-Bezirk (in Bayern Kreis) ein, die nach dem Muster der Kochschen Typhusbekämpfung nicht nur im Laboratorium, sondern auch am Krankenbett mit prakt. Arzt und Kreisarzt zusammenarbeiten. Er begründet die Ueberlegenheit der Kreisstationen über Zentralstationen an Hand genauer Statistiken.

H. Geh. Ob.-Med.-Rat Prof. Dr. **Abel**-Jena: Die ausgezeichneten Darlegungen des H. Koll. Rimpau sind m. E. besonders deshalb wertvoll, weil sie das richtige Maß in den praktischen Forderungen gehalten haben. Nachdem das Reich erhöhte Zuständigkeiten auf dem Gebiete des Gesundheitswesens durch die neue Verfassung erhalten hat, nachdem im Reichsministerium des Innern endlich eine ärztliche Vertretung in der Person des Herrn Ministerialrats Dr. Hamel und seiner Mitarbeiter geschaffen ist und auch im Reichsgesundheitsamt an hervorragender Stelle ein bewährter Vorkämpfer aus unseren Kreisen, Herr Direktor Dr. Frey, jetzt tätig ist, dürften wir hoffen, daß wir nun wohl endlich bald zu der sehr erwünschten Einheitlichkeit in der einheimischen Seuchenbekämpfung gelangen werden.

Einen von H. Koll. Rimpau mit Recht stark betonten Gedanken vermisse ich leider in seinen Leitsätzen, nämlich die Wichtigkeit einer Aufklärung des Volkes über Wesen und Bekämpfung der Seuchen. Im Einverständnis mit H. Koll. Rimpau empfehle ich die Aufnahme des folgenden Leitsatzes Nr. 10:

„Voraussetzung für eine voll erfolgreiche Seuchenbekämpfung ist verständnisvolle Mitwirkung der Bevölkerung. Zu diesem Punkt ist hygienische Volksbelehrung, beginnend im Schulunterricht, dringendes Erfordernis." (Beifall).

H. Prof. Dr. **Kuhn**-Dresden: Im Anschluß an die Ausführungen von Herrn Dr. Abel möchte ich als wissenschaftlicher Leiter der Lingnerstiftung mitteilen, daß ein Hygiene-Lehrbuch für die Schulen im Entstehen ist, das von dem Preußischen Landesausschuß für hygienische Volksbelehrung und der Lingnerstiftung herausgegeben wird. Es ist für die Seminaristen der oberen Jahrgänge und die oberen Klassen von höheren Lehranstalten bestimmt, die Lehrer ausbilden, und soll die jungen Lehrer in die Schulen begleiten. In diesem Lehrbuch bearbeite ich das Kapitel über die Seuchen. Ich werde die Wünsche von Herrn Kollegen Rimpau hinsichtlich der Aufklärung über die Seuchenbekämpfung ernst berücksichtigen. Das geplante Lehrbuch wird die Grundlage bilden, auf der in den Schulen Hygieneunterricht durch die Lehrer erfolgen soll.

H. Med.-Rat **Kriege**, Kreis- und Stadtarzt in Barmen: Die Kreisärzte, die täglich mit der Bekämpfung der ansteckenden Krankheiten zu tun haben, werden es gewiß dankbar begrüßen, wenn die gesetzlichen Bestimmungen im Sinne des Herrn Referenten verbessert und ausgebaut werden. Die Hauptsache ist aber doch, diese Bestimmungen praktisch richtich anzuwenden und in die Wirklichkeit umzusetzen. Ich darf dabei vielleicht einige Punkte herausgreifen, die mir besonders wichtig zu sein scheinen. Vom Anfang meiner amtlichen Tätigkeit an legte ich den größten Wert darauf, jeden Fall einer

anzeigepflichtigen ansteckenden Krankheit möglichst schnell zu erfahren. Da mir das Nebenamt eines Stadtarztes übertragen war, stand mir ein von der Stadt Barmen nach meinen Wünschen eingerichtetes städtisches Büro zur Verfügung. Auf meinen Antrag wurde nun vom Oberbürgermeister angeordnet, daß die an die Ortspolizeibehörde gerichteten Anzeigen über ansteckende Krankheiten sofort an diese Stelle geleitet wurden. Die Aerzte in der Stadt erfuhren natürlich von dieser Einrichtung. Ihr Eifer, die Anzeigen nach erlangter Kenntnis sofort zu erstatten, wurde dadurch angespornt, weil sie wußten, daß die notwendigen amtlichen Maßnahmen auf dem Fuße nachfolgen würden. Während der großen Ruhrepidemien in Barmen im Anfang dieses Jahrhunderts haben mir viele Aerzte die wichtigeren Fälle sogar telephonisch mitgeteilt, auch die Verdachtsfälle. — Ferner halte ich ein örtliches bakteriologisches Untersuchungsamt zur schnellen Aufklärung der zweifelhaften Fälle (z. B. bei Diphtherie) praktisch für wichtig. Ich habe es daher sehr bald nach meiner Ernennung zum Kreisarzt und Stadtarzt durchgesetzt, daß ein solches Untersuchungsamt mit unserm städt. Krankenhaus verbunden wurde.

Endlich möchte ich hervorheben, daß die Ueberführung der ansteckenden Kranken in ein Krankenhaus — soweit der beamtete Arzt diese Maßregel im Einzelfall für notwendig hält — dem Publikum möglichst erleichtert werden muß. Vor allem dürfen den Unbemittelten und Minderbemittelten keine Kosten dadurch entstehen. Wenn sich z. B. eine Mutter von ihrem Kinde trennen muß, so bringt sie sowieso im Interesse der Allgemeinheit ein großes Opfer; daher wurde auf meine Veranlassung eine Summe zur Ueberführung solcher Kranken ins städtische Krankenhaus in den Etat eingestellt, über die ich frei verfügen kann. Dieser Etatstitel ist fast jedes Jahr erheblich überschritten worden, aber man hat mir die Mittel gern bewilligt. Derartige Einrichtungen zur Bekämpfung der ansteckenden Krankheiten kann der Kreisarzt viel leichter ins Leben rufen, wenn er zugleich Kommunalarzt ist. Es ist dies nun der Grund, weshalb ich immer dafür eingetreten bin, daß beide Aemter in einer Hand vereinigt werden, sofern die örtlichen Verhältnisse dies zulassen und sofern der Kreisarzt nach seiner Persönlichkeit dazu geeignet ist. (Beifall).

H. Geh. Med.-Rat Prof. Dr. **Rapmund:** Mit der Forderung einer einheitlichen reichsgesetzlichen Regelung der Bekämpfung aller ansteckenden Krankheiten, einschließlich der sogn. einheimischen, kann man sich nur einverstanden erklären; sie ist von mir schon im Jahre 1898 auf der Versammlung des Vereins für öffentliche Gesundheitspflege in Köln gestellt und fand dort nur bei dem damaligen Direktor der preußischen Medizinalabteilung H. v. Bartsch, Widerspruch, während ihr sowohl von allen Hygienikern und Aerzten, als von den Verwaltungsbeamten lebhaft zugestimmt und ein entsprechender Antrag fast einstimmig angenommen wurde. Wenn jetzt in der preußischen neuen Desinfektionsordnung besonders Wert auf die laufende Desinfektion gelegt wird, so ist dies auch keineswegs etwas Neues, sondern schon früher z. B. in der für den Reg.-Bez. Minden im Jahre 1899 auf meine Veranlassung erlassenen Polizeiverordnung geschehen und dadurch in wirksamer Weise durchgeführt, daß von einer Schlußdesinfektion, abgesehen bei Cholera, Pocken und Flecktyphus, abgesehen werden konnte, wenn von dem behandelnden Arzte bescheinigt wurde, daß während des Bestehens und bei Beendigung der Krankheit die erforderlichen Verhaltungs- und Desinfektionsmaßregeln beachtet waren. Da die Schlußdesinfektion bei der Bevölkerung bekanntlich außerordentlich unbeliebt ist, so wurde durch diese Bestimmung auch erreicht, daß die Aerzte vielmehr als bisher zu derartigen Erkrankungen zugezogen wurden und diese zur Anzeige kamen. Ebenso war eine Anzeigepflicht bei erfolgter Genesung vorgeschrieben. Durch die frühere Reichs- und Landesseuchengesetzgebung ist somit für den Reg.-Bez. Minden eine wesentliche Verschlechterung der zur Bekämpfung der ansteckenden Krankheiten erforderlichen Maßnahmen eingetreten, die von den beteiligten Kreisen sehr bedauert wurde. Der Wert der Desinfektion für die Verhütung und Bekämpfung von übertragbaren Krankheiten wird übrigens von vielen Seiten überschätzt und die Folge davon sind erhebliche Kosten durch unnötige Vergeudung von Desinfektionsmitteln. Das wirksamste Mittel gegen die Weiterverbreitung derartiger Krankheiten ist und bleibt die sofortige Ueberführung des Kranken in ein Krankenhaus, wie dies in Dänemark und Schweden mit bestem Erfolge geschieht. Die Behand-

lung im Krankenhause sichert außerdem eine schnellere Genesung; sie ist auch keineswegs kostspieliger, als wenn der Kranke in der Familie verbleibt; denn hier verursachen die Pflege des Kranken, die Beachtung aller Vorsichts- und Absonderungsmaßregeln nicht nur große Unbequemlichkeiten, sondern auch erhebliche Kosten. Deshalb sollten auch alle gesetzlichen Bestimmungen fortfallen, die eine solche Ueberführung erschweren oder unmöglich machen. Außerdem sollten die Gemeinden angehalten werden, die erforderlichen Isolierräume zu beschaffen; durch Ankauf von Militärlazarettbaracken ist dies gerade jetzt leichter als sonst. Zum Schluß möchte ich zu den von dem Herrn Berichterstatter aufgestellten Leitsätzen noch einige Aenderungen bezw. Zusätze vorschlagen. Unter die anzeigepflichtigen Krankheiten sind m. E. auch Varizellen aufzunehmen, da sonst die ersten Fälle von Pocken nicht rechtzeitig festgestellt werden. Außerdem empfiehlt es sich, auch die verdächtigen Fälle von Poratyphus anzeigepflichtig zu machen. Endlich ist im Leitsatz 7 hinzuzufügen, daß alle Beschränkungen auch inbezug auf die Ueberführung des Kranken in ein Krankenhaus künftighin fortfallen müssen. (Beifall).

H. Oberregierungsrat Dr. **Frickhinger**-München: Vom Standpunkt des Praktikers ist es zu begrüßen, daß die trefflichen Vorschläge des Berichterstatters in äußerst glücklicher Weise die Wege gezeigt haben, um die Schwierigkeiten zu überwinden, die bei der Vereinheitlichung der Gesetzgebung für die Heimseuchen zwischen dem Reich und den Einzelländern entstehen können. Ich glaube, daß wir bayerischen Amtsärzte mit diesen Vorschlägen einig gehen können. — Der Vortragende hat weiter darauf hingewiesen, daß bei der Bekämpfung der übertragbaren Krankheiten auch die Ergebnisse der epidemiologischen Forschung nicht übersehen werden dürfen. Ich möchte dies unterstreichen, da mir scheint, daß da und dort unter dem Einfluß der bakteriologischen Untersuchungsanstalten die epidemiologische Seite der Bekämpfung etwas in das Hintertreffen gekommen ist. Wir Praktiker verkennen die grundlegende Bedeutung der bakteriologischen Bekämpfung keineswegs; wir können uns heutzutage eine wirksame Bekämpfung der Seuche ohne die tatkräftige Mitarbeit der Untersuchungsanstalt gar nicht mehr denken. Es ist aber zu fordern, daß jeder Kreisarzt, Bezirksarzt und Oberamtsarzt epidemiologische Forschung treibt und bei der Bekämpfung der Heimseuchen in seinem Gebiet auch Rücksichten auf die örtlichen epidemiologischen Ergebnisse nimmt. Es werden dadurch auch Bausteine zusammengetragen werden zur biologischen Erforschung der Seuchen.

Zu der Frage der Ueberführung der Erkrankten in Krankenhäuser ist einerseits zu betonen, daß diese zweifellos die wirksamste Bekämpfungsmaßregel bei den meisten übertragbaren Krankheiten ist. Sie gewinnt an Bedeutung bei der jetzigen Wohnungsnot, die sich mehr und mehr zu einem Wohnungselend ausgewachsen hat. Anderseits darf aber auch die finanzielle Seite der Frage nicht verkannt werden. Weiten Kreisen des verarmten Mittelstandes ist es jetzt schon nicht mehr möglich, die gewaltig gestiegenen Verpflegungskosten der Krankenhäuser zu tragen. Es erscheint deshalb notwendig, daß bei schärferen Bestimmungen die Kosten der Krankenhausverpflegung bei Minderbemittelten auf breitere Schultern übernommen werden müssen, aber keineswegs als Leistungen der Armenpflege betrachtet werden dürfen. Der Vortragende hat unter den anzeigepflichtigen Verdachtsfällen den Paratyphus nicht aufgeführt. Ich verkenne nicht die wissenschaftlichen Gründe, die ihn hierzu wohl veranlaßt haben. Als Praktiker möchte ich aber dringend raten, auch die Verdachtsfälle von Paratyphus, wie dies in den bayerischen Bestimmungen bereits der Fall ist, anzeigepflichtig zu machen. Es wird sonst bei jeder Umgehung der Anzeigepflicht eines typhusverdächtigen Falles die Ausrede gemacht werden können, daß es sich nach der Meinung des behandelnden Arztes um einen Paratyphus-Verdachtsfall gehandelt habe. (Beifall).

H. Dr. **Neustätter**-Dresden, Gen.-Sekretär des Reichsausschusses für hygienische Volksbelehrung, schließt sich dem Antrag von Herrn Geh.-Rat Dr. Abel an, in die Leitsätze noch den grundlegend wichtigen Gedanken des Referenten aufzunehmen, daß die Bevölkerung für die Notwendigkeit der hygienischen Forderungen durch Aufklärung zu gewinnen ist. Es besteht nicht nur ein natürliches Widerstreben gegen sozial-hygienische Maßnahmen,

es wird auch künstlich geschürt. Die Aerzte aber stehen der Aufklärung noch immer zweifelnd kühl, ja vielfach ablehnend gegenüber, während die Medizinalbeamten sich ihrer Durchführung schon vielfach mit wärmerem Interesse widmen. Insbesondere aber glaubt man auch Kreise, die auf einem anderen Standpunkte stehen, aber mit uns zusammengehen wollen (Naturheilvereine), abweisen zu sollen. Voraussetzung für ein Zusammengehen ist natürlich das Aufgeben arzt- und wissenschaftsfeindlicher Agitation von dieser Seite und der Ausschluß Heilgewerbetreibender. Gerade diese Kreise sollten aber gewonnen werden durch verständnisvolle Widerlegung ihrer Bedenken, die sich gegen gewisse sozial-hygienische Maßnahmen richten. Unser ganzer Zeitgeist ist mehr denn je eingestellt auf freiwillige Mitarbeit, auf Nichtregiertwerden. Deshalb sollte der Gedanke einen offiziellen Ausdruck in den Leitsätzen finden!

H. Oberregierungsrat Dr. **Corvey**, Direktor des Landeswohlfahrts- und Gesundheitsamtes in Detmold bittet, für die nächstjährige Hauptversammlung ein Referat zu veranlassen über die reichsgesetzliche Regelung der Bekämpfung der Tuberkulose und Geschlechtskrankheiten. Er ist nicht mehr der Optimist, daß diese Gesetze im Laufe eines Jahres verabschiedet werden. Die Hauptversammlung des Deutschen Medizinalbeamtenvereins ist jedenfalls die Stelle, wo derartige Gesetze beraten werden müssen, nicht aber Versammlungen von Fachärzten der Großstädte. Die Medizinalbeamten haben die Bekämpfung zu leiten und können auf Grund einer großen Erfahrung ihre Wünsche äußern.

In Lippe ist die Bekämpfung der gemeingefährlichen und übertragbaren Krankheiten dem Landesgesundheitsamt überwiesen, einmal, weil wir diese Bekämpfung als Fürsorgemaßnahmen ansehen und dann, weil die Exekutive in die Hand eines Arztes gelegt werden sollte. Das Landesgesundheitsamt kann jene Befugnisse auf die ihm unterstellten Organe, Kreisärzte und so weiter übertragen. Der Kreisarzt hat ohne weiteres Zutritt zu den Kranken; er kann die Einweisung in das Krankenhaus verfügen, außer wenn die behandelnden Aerzte Lebensgefahr bescheinigen. Die Kosten werden von allen möglichen Stellen getragen, Krankenkassen, Armenkassen, sämtl. Kriegsbeschädigtenfürsorgen usw., auch der Staat zahlt Zuschüsse, wenn es nötig ist. Die gesamten Desinfektionskosten trägt die Polizeikasse.

Ganz besonders ausgebaut ist in Lippe die Tuberkulosebekämpfung. Ich kann an dieser Stelle wegen Mangels an Zeit nicht weiter darauf eingehen, auf Grund unserer Erfahrungen möchte ich aber allen anraten, nicht nachzulassen in dem Bestreben, die Bekämpfung vollkommen in die Hände der Medizinalbeamten zu bekommen, in die sie nun einmal gehört.

H. Obermedizinalrat Dr. **Grassl**-Kempten: Viele Forderungen der Leitsätze hat Bayern bereits; oft sogar weitergehende. Die Sorge, daß die Reichsbestimmungen die Bekämpfung der Infektionskrankheiten für Bayern nicht fördern, ist vorhanden. Trotzdem sind wir für die reichsgesetzliche Ordnung, bitten aber um Schonung unserer Verhältnisse. (Beifall!)

H. Geh. Med.-Rat **Solbrig**, Reg.- u. Med.-Rat in Breslau, tritt ebenfalls den Ausführungen des Herrn Berichterstatters in allen Punkten durchaus bei, im besonderen sind die praktischen Medizinalbeamten erfreut, sich in Uebereinstimmung mit dem wissenschaftlichen Bakteriologen zu befinden. Wenn der Herr Vorredner uns aus Bayern berichtet hat, daß dort alles das, was wir jetzt fordern, schon durchgeführt ist, so kann dies nicht hindern, daß im Reich die Bekämpfung sämtlicher Heim- und Fremdseuchen wenigstens in den Grundlinien einheitlich geregelt wird. Die einzelnen Länder können und sollen ja nach den Vorschlägen des Herrn Prof. Dr. Rimpau in die Lage versetzt werden, ihren Eigenheiten entsprechende, über die allgemeinen Grundsätze hinausgehende Bestimmungen zur Bekämpfung der Seuchen zu treffen. Was die Bayern gutes haben, soll doch auch in den übrigen Ländern zur Durchführung kommen!

Nun noch einige Einzelheiten zu dem Vortrage: Zunächst die Ermittlungsbögen, die, wie wir hörten in Bayern schon von der Zentralstelle aus, bei uns in Preußen wenigstens in den meisten Regierungsbezirken eingeführt sind. Ihre Einführung im ganzen Reich nach einheitlichem Muster ist erwünscht. Was die Absonderung im Krankenhaus betrifft, auf die mit Recht

Herr Geheimrat Dr. Rapmund besonders hinweist, so ist sie gewiß außerordentlich wichtig; ihrer allgemeinen Durchführung stellen sich aber die großen Schwierigkeiten der Kosten und das Fehlen von Räumen entgegen. Die Kosten müssen mehr als bisher auf breitere Schultern (Kreise, Gemeinden) geladen werden. (Redner macht bei dieser Gelegenheit kurze Mitteilungen über eine jetzt bestehende große Typhusepidemie im Waldenburger Industriegebiet). Die Uebernahme der Kosten auf öffentliche Mittel ist besonders aber bei der Durchführung der Desinfektion notwendig; sonst ist diese undurchführbar, namentlich nach den neueren preußischen Bestimmungen, die einen großen Fortschritt bedeuten, indem sie den Hauptwert auf die fortlaufende Desinfektion legen. Es wäre daher nur zu begrüßen, wenn ein derartiger Hinweis in den Leitsätzen aufgenommen würde.

Schließlich ist mit Recht die Einführung der Anzeigepflicht auch bei Verdachtsfällen für gewisse Krankheiten gefordert. Das gilt u. a. vom Typhus. Die Anzeige auch von Typhusverdacht ist besonders wichtig, weil jetzt vielfach die behandelnden Aerzte den Typhus erst anzeigen, wenn die bakterieologische Bestätigung vorliegt; dadurch vergeht aber kostbare Zeit. Bei Einführung der Anzeigepflicht auch bei Typhusverdacht ist dagegen der Arzt verpflichtet, auf Grund der klinischen Festsetzungen noch vor beendigter bakterieologischer Untersuchung wenigstens den „Verdacht“ anzuzeigen. (Beifall).

H. Kreisarzt Dr. **Lorentzen**-Langenschwalbach: Es ist zu befürchten, daß bei Ueberspannung des Prinzips der reichsgesetzlichen Regelung wir die Möglichkeit verlieren, Neuerungen praktisch auszuführen. Die neuformierten Staaten sind im allgemeinen nicht höher stehend. Reichsgesetzliche Regelung ist auf hygienischem Gebiete im allgemeinen nur bei spruchreifen Materien erwünscht und wird sich auch hier nur auf Minimalforderungen beschränken. Die Initiative der Einzelstaaten darf nicht gedämpft werden. Die Bekämpfung der Tuberkulose und der Geschlechtskrankheiten wird zunächst erst auszubauen sein. Die Meinungen über die einzuschlagenden Maßnahmen gehen weit auseinander. Es empfiehlt sich, diese Erprobungen nicht im großen, sondern z. T. im kleinen durchzuführen. Auch die Frage der Desinfektion ist noch nicht spruchreif. Dagegen ist ein Reichsgesetz über die Meldung der ansteckenden Krankheiten zu begrüßen.

H. Med.-Rat Dr. **Bundt**, Kreisarzt in Halle fordert die Anzeigepflicht bei Varizellen, nicht nur bei Erwachsenen, sondern auch bei Kindern. Er hat zweimal, 1917 und 1918, in großen Krankenhäusern Pockenepidemien entstehen sehen, die sich an Erkrankungsfälle anschlossen, die beide Male wochenlang als Varizellen angesehen waren. Es erkrankten in beiden Häusern zuerst Kinder, deren Erkrankungen den behandelnden Aerzten aber erst dann pockenverdächtig erschienen sind, als die ersten Kinder starben und ihre Erkrankung auf Erwachsene übertrugen, die dann das Bild einer schweren Erkrankung an echten Menschenpocken darboten und zum Teil auch dieser Seuche erlagen. In jetziger Zeit, wo wir immer noch von dem Einbruch echter Menschenpocken namentlich aus dem Osten bedroht sind, erscheint mir die Bestimmung der Anzeigepflicht bei Varizellen sowohl bei Erwachsenen, als auch bei Kindern notwendig, wenigstens beim Auftreten in Schulen, Seebädern und Kurorten und auch in Zeiten und Gegenden wo man mit der Bedrohung durch Pocken rechnen muß. — Redner verlangt weiter, daß in einem Reichsdesinfektionsgesetz die Uebernahme der Kosten durch die Gemeinde festgelegt werden müssen. Die Durchführung einer einwandfreien laufenden Desfektion ist nur möglich, wenn dem Kreisarzt genügend ausgebildete Gesundheitshelfer zur Seite gestellt werden und sein Zutritt zum Kranken keiner Beschränkung unterliegt. (Beifall).

H. Ob.-Med.-Rat Dr. **Roth**-Braunschweig weist auf die Schwierigkeiten hin, die sich der Einführung der obligatorischen ärztlichen Leichenschau aus finanziellen Gründen entgegenstellen. Er betont ferner, wie schwer sich die Desinfektionsmaßregeln in den Landbezirken praktisch durchführen lassen. Schon die Schlußdesinfektion macht zuweilen Schwierigkeiten; jetzt tritt dazu noch die laufende und der Mangel an Desinfektoren wegen zu geringer Entlohnung. Die vorgeschriebenen Abstriche bei Diphtherie nach Beendigung der Krankheit sind vielfach einfach aus Mangel an geeignetem Personal undurchführbar. Dasselbe wird sich zweifellos auch geltend machen

bei der Kontrolle der laufenden Desinfektion. Dazu brauchen wir geeignete Leute, Gemeindeschwestern oder Fürsorgeschwestern, die jetzt noch nicht vorhanden sind. Die Isolierung in Krankenhäusern bei jedem ansteckenden Krankheitsfall ist zurzeit unmöglich; der Platz in den Krankenhäusern reicht nicht aus, und Neubauten sind jetzt aus finanziellen Gründen in dem erforderlichen Maße nicht möglich. — Unter allen Umständen ist erforderlich, daß alle Kosten für Desinfektionen — laufende, wie Schlußdesinfektion — von den öffentlichen Kassen übernommen werden. Im Lande Braunschweig ist dies in dem seit 1919 bestehenden Gesetz betr. Bekämpfung des Ungeziefers bereits durchgeführt. — Wichtig wäre es, die Frage zu erörtern, ob nicht erforderlichenfalls die zwangsweise Durchführung von Schutzimpfungen gesetzlich ermöglicht werden müßte. (Beifall).

H. Kreisarzt Dr. **Wollenweber**-Dortmund: Das Reich mag die Richtlinien für die Seuchenbekämpfung geben. Die besonderen Verhältnisse in den Ländern und sogar in den Provinzen führen notwendig zur Verschiedenheit im Einzelnen. Das westfälische Kohlenrevier verlangt und hat eine scharfe Seuchenpolizei, die auch unter den neuen politischen Verhältnissen mit voller Zustimmung aller politischen Richtungen funktioniert. Mit Belehrung allein läßt sich wenig machen, im übrigen entfalten Vorträge über Infektionskrankheiten eine absolut geringe Zugkraft. — Die obligatorische Leichenschau durch Aerzte besteht im Kohlenrevier längst; sie geht ohne Schwierigkeiten vor sich, trotzdem der Arzt vom Interessenten bezahlt wird. — Von Ermittlungsbogen für alle in den Leitsätzen genannten Infektionskrankheiten müssen wir verlangen, abzusehen. Wer soll sie ausfüllen? Der Kreisarzt? Kommt dies, so können wir uns gleich „Kreisarzt und Sanitätsschreiber" nennen. (Allseitige Zustimmung). In den Leitsätzen bitte ich hinter Typhus zu setzen: „Paratyphus", sonst bekommen wir nicht die Meldungen — dafür ist das Wort Paratyphus hinter Wurstvergiftung zu streichen; es gibt ja auch anders bedingte Wurstvergiftungen. (Beifall).

H. Geh. Reg.-Rat Dr. **Weber,** Präsident des Landesuntersuchungsamtes in Dresden kann sich ebenso wie Herr Geh. Rat Dr. Abel mit den Leitsätzen des Herrn Prof. Dr. Rimpau nur vollkommen einverstanden erklären. Die Einwände, die von H. Kollegen Dr. Grassl und dem Herrn aus dem besetzten Gebiete dagegen erhoben worden sind, lassen die Frage stellen, was ändert sich denn dadurch im großen und ganzen an den bisherigen Zuständen. Wir haben jetzt das preußische Seuchengesetz, dem sich die anderen Bundesstaaten mehr oder weniger eng angeschlossen haben. Auf die Nachteile, die dieses Vorgehen hat, hat H. Rimpau bereits hingewiesen. Die neue preußische Desinfektionsanweisung zwingt die anderen Bundesstaaten sich zu entscheiden, ob sie sich dem preußischen Vorgehen anschließen sollen oder nicht. bezw. in welchem Umfang. In derselben Lage befinden sich die deutschen Einzelländer in Bezug auf die neue preußische Verordnung betr. die Ausbildung und Prüfung von Krankenpflegepersonen vom 17. Juli 1921, die zwei ganz einschneidende neue Bestimmungen enthält, einmal zweijährige Ausbildung, statt der bisherigen einjährigen und dann weitgehende Dispensvorschriften für Krankenpflegepersonen, die fünf Jahre und länger die Krankenpflege ausgeübt haben, ohne sich die staatliche Anerkennung geholt zu haben. Nur in Bezug auf die Seuchenbekämpfung soll dies in Zukunft anders werden. Neue Gesetze oder Abänderungen bestehender Gesetze auf diesem Gebiete sollten unter Zuziehung von Vertretern der einzelnen deutschen Länder beraten und auf Grund dessen allgemeine Richtlinien aufgestellt werden. Diese können natürlich nur ganz allgemein gehalten sein und bedeuten keinerlei Beeinträchtigung der Einzelstaaten. Die Verordnung betr. Krankenpflege fällt unter das Gebiet der Seuchenbekämpfung und daher beantrage ich: Nicht nur auf dem Gebiete der Seuchenbekämpfung, sondern auch auf dem Gebiete der gesetzlichen Regelung des Medizinalwesens überhaupt soll eine Einheitlichkeit durch eine Hauptzentralstelle herbeigeführt werden.

Noch ein Wort zu dem Zwang der Ueberführung an ansteckenden Krankheiten Leidender in das Krankenhaus. Ich glaube, daß man mit Rücksicht auf das Vorkommen von Hausinfektionen in Krankenhäusern, wie sie z. B. seit Jahren in freimütiger Weise von dem Krankenhaus St. Georg

Hamburg veröffentlicht werden, etwas vorsichtig sein muß und nicht zu weit gehen darf. (Beifall).

Dr. **Frey**-Berlin, Direktor des Reichsgesundheitsamts, hält es für sehr wichtig, zu einer einheitlichen Regelung der Bekämpfung der Heimseuchen im Deutschen Reiche zu gelangen. Bereits einige Jahre vor Erlaß des Reichsseuchengesetzes, betr. die Bekämpfung gemeingefährlicher Krankheiten, die man nach Erscheinen eines Gesetzes über die Heimseuchen vielleicht besser als „Fremdseuchen" bezeichnen könnte, ist im Reichsgesundheitsamte ein Gesetzentwurf über „gemeingefährliche Krankheiten" ausgearbeitet worden und im Druck erschienen. In diesem Entwurf waren neben den anzeigepflichtigen Seuchen des Gesetzes von 1900 auch Typhus, Ruhr, Diphtherie, Scharlach und Rückfallfieber aufgeführt. Die spätere Trennung der in den fremden Ländern und in der Heimat vorherrschenden Seuchen ist aber vorzuziehen. Jedenfalls muß eine Gesetzgebung im Sinne der Leitsätze erstrebt werden; von seiten des Reichsgesundheitsamtes und des Reichsministeriums des Innern wird die Angelegenheit, die auch vor der heutigen Versammlung deutscher Medizinalbeamten keinem ernstlichen Widerstand begegnet ist, sicherlich gefördert werden. In den Grenzbezirken deutscher Länder, die auf diesem Gebiete verschiedenartige Bestimmungen getroffen haben, herrschen ja noch immer gewisse Schwierigkeiten, Epidemien nach erfolgversprechendem einheitlichem Plane zu unterdrücken; dieser Zustand ist auf die Dauer unhaltbar. Wenn ein solches Reichsgesetz bearbeitet wird — und Vorarbeiten sind bereits im Gange —, so werden zweifellos alle Vorzüge einzelstaatlicher Gesetzgebung berücksichtigt werden. Wie ein enger Zusammenschluß der deutschen Länder an sich eine gebieterische Notwendigkeit ist, so gibt es für die Gesundheit des gesamten deutschen Volkes erst recht keine „Mainlinie". Bereits jetzt haben sich die Regierungen der deutschen Länder, Preußen und Bayern voran, entschlossen, dem Reichsgesundheitsamte regelmäßige Mitteilungen über das Vorkommen auch der einheimischen Infektionskrankheiten zugehen zu lassen, so daß nun von der Zentralstelle übersehen werden kann, wie in den einzelnen Gegenden sich die Dinge verhalten. Dies ist ein dankenswerter Anfang, dem die weitere Ausgestaltung einer einheitlichen Regelung folgen muß (Beifall).

H. Prof. Dr. **Thiele**, Landesgewerbearzt in Dresden: Eine kurze Erinnerung an die gestrigen Verhandlungen! Gestern ist von „Sozialhygiene in Gänsefüßchen" gesprochen. Die Sozialhygiene ist nur als Kostenfrage angesprochen. Heute hören wir, daß auch die Seuchenbekämpfung ohne große Kosten nicht möglich ist. Heute wird Volksbelehrung, hygienische Jugenderziehung usw. verlangt und der sehr richtige Satz ausgesprochen: Keine Bekämpfung der Seuchen ohne Mitwirkung des Menschen, dem alle diese Tätigkeit gilt. Was ist das anders, als die praktische Arbeit des Sozialhygienikers: Erziehung der Bevölkerung zur Selbsthilfe, zur Selbsttätigkeit, zur Mitarbeit. Deshalb ist gemeinschaftliche Arbeit allen Aerzten in dieser Zeit des Zusammenbruchs dringend nötig. Die Gesinnung der Bevölkerung gegen die Aerzte und Medizinalbeamten ist nicht günstig. Darum bitte ich nochmals, nicht einen Gegensatz zwischen dem Hygieniker und Sozialhygieniker, zwischen Amtsarzt und Kommunalarzt, zwischen Arzt und Arzt im Interesse des ärztlichen Standes und der Volkswohlfahrt, aufzumachen. Ich möchte ein Wort von gestern abändern im Sinne des heutigen Berichts und der Aussprache: Es ist besser, wenn hinter jedem Menschen von der Wiege bis zur Bahre eine Krankenschwester steht, als — ein Schutzmann.

H. Geh. Med.-Rat Prof. Dr. **Rapmund**-Bad Lippspringe stellt unter allgemeiner Zustimmung der Versammlung fest, daß nicht die Sozialhygieniker, sondern gerade umgekehrt die Medizinalbeamten der angegriffene Teil seien, da ihnen von jenen Unfähigkeit, mangelhaftes Verständnis und Untätigkeit auf sozialhygienischem Gebiete vorgeworfen sei. Die Medizinalbeamten befänden sich daher lediglich in der Abwehr; eine solche sei aber mehr als berechtigt; denn ehe überhaupt das Schlagwort „Sozialhygiene" erfunden sei, haben die Medizinalbeamten praktische soziale Hygiene betrieben, wie dies auch in ihren Dienstanweisungen vorgeschrieben sei. Im übrigen stehe er aber auch auf dem Standpunkt, daß ein gemeinschaftliches Vorgehen der Sozialhygieniker und Kommunalärzte mit den Medizinalbeamten im Interesse der

öffentlichen Gesundheit liege; aber es müsse auf Gegenseitigkeit beruhen. (Beifall!)

Die Bedenken, die von verschiedenen Seiten gegen eine Ueberführung möglichst aller Kranken von ansteckenden Krankheiten in ein Krankenhaus gerichtet sind, kann Redner nicht teilen. Die Ansteckungsmöglichkeit in einem gut geleiteten Krankenhause sei gegenüber derjenigen in der Familie sehr gering; die erforderlichen Isolierräume ließen sich, wie er schon vorher betont habe, durch Uebernahme von Militärlazaretten auch jetzt beschaffen. Die Unterbringung selbst verursache aber viel weniger Kosten als die Verpflegung in der Familie, die laufenden Desinfektionen, die Schädigungen durch Beschränkungen eines Gewerbebetriebes oder sonstige Beschränkungen usw. verursachen. Man dürfe auch nicht die großen finanziellen Vorteile unterschätzen, die sich aus einem auf diese Weise erzielten wesentlich schnelleren Erlöschen einer Epidemie ergeben. Redner erwähnt aus seiner früheren amtlichen Tätigkeit einen Fall einer schweren, schon wochenlang anhaltenden Diphtherieepidemie, die innerhalb kurzer Zeit erlosch, sobald jeder Erkrankte sofort ins Krankenhaus übergeführt wurde. Die angeordnete Maßregel stieß auch weder bei den Aerzten, noch bei den Familienmitgliedern auf Widerstand, nachdem sich die Stadt zur Uebernahme aller Kosten bereit erklärt hatte. Das sei selbstverständlich die Vorbedingung. Ebenso müßten die Kosten für die Desinfektion aus öffentlichen Mitteln getragen und diese Forderung auch durch einen besonderen Leitsatz zum Ausdruck gebracht werden (Beifall).

H. Prof. Dr. **Fromme**, Kreis- und Stadtarzt in Witten: Ich muß mir erlauben, den eben von so autoritativer Seite gehörten Ausführungen entgegen zusetzen, daß die gegenwärtigen Verhältnisse es doch nicht überall gestatten, alle ansteckenden und ansteckungsverdächtigen Kranken ins Krankenhaus zu überführen. Mangel an Betten, die hohen Krankenhaus-Pflegekosten stehen vielfach im Wege. Als Ziel muß die Krankenhausaufnahme selbstverständlich gelten. Es kann jedenfalls auf die laufende Desinfektion auch mit Rücksicht auf die zeitigen ungünstigen Wohnungsverhältnisse nicht verzichtet werden. Ich betrachte daher die neue Desinfektionsvorschrift als einen Fortschritt. Der Kranke ist in erster Linie die Ansteckungsquelle; die Durchführung fortlaufender Desinfektion ist daher besonders wichtig. Ich erinnere an die Verbreitung des Ansteckungsstoffes bei einem Phthisiker, wie ist da die Praxis! Verhältnismäßig zahlreich sind auch Typhusinfektionen, die vom Krankenbett ausgehen. Die laufende Desinfektion kann wohl erfolgreich mit zuverlässigem Personal durchgeführt werden. Dieses heranzubilden, ist keine unüberwindliche Schwierigkeit.

Im Interesse der Bekämpfung der ansteckenden Krankheiten liegt weiter die schleunige Feststellung der Krankheit, hierzu muß die ätiologische Diagnose mehr herangezogen werden. Ausbau der Organisation der Untersuchungsämter ist daher im Sinne der Leitsätze zu begrüßen, wegen der Kosten aber vor der Hand nicht zu erwarten. Umso mehr ist es nötig, durch zweckmäßiges Verfahren bei der Gewinnung und Uebermittlung der Proben an die Untersuchungsämter die Zahl brauchbarer Ergebnisse zu erhöhen.

Zur Frage der Bekämpfung der Tuberkulose und Geschlechtskrankheiten soll man nicht auf die in Aussicht gestellten Reichsgesetze warten. Grade den Geschlechtskrankheiten gegenüber muß mehr gehandelt werden; In vielen Fällen lassen sich auch ohne neue gesetzliche Bestimmungen die Infektionsquellen auffinden. Ihnen muß systematisch nachgegangen werden an Hand von Fragebogen, die von Krankenhäusern und Aerzten mit Einwilligung der Kranken ausgefüllt werden. Auf diesem Gebiete lassen sich auch jetzt schon Erfolge erzielen. (Beifall).

H. Kreisarzt Dr. **Guttwein**-Berlin: Die Behauptung, daß die Kreisärzte aggressiv gegen die Kommunalärzte vorgegangen seien und die Sozialhygiene nur als Schlagwort abtäten, muß entschieden als unbegründet zurückgewiesen werden. Die Kreisärzte sind im Gegenteil durch die Ausführungen von Prof. Dr. Grotjahn auf dem diesjährigen Fürsorgetage in Berlin schwer verletzt und dadurch zum Abwehrkampfe herausgefordert, insbesondere durch die Behauptung, daß sie auf sozialhygienischem Gebiete völlig versagt hätten und deshalb „weggefegt" werden müßten. Gegen diese Aeußerung müssen wir

als den Tatsachen nicht entsprechend entschieden Verwahrung einlegen und bereit sein, den Abwehrkampf, wenn er uns weiter aufgezwungen werden sollte, mit allen Mitteln zu führen. (Beifall.)

H Prof. Dr. **Krautwig**, ärztl. Beigeordneter in Köln, bemerkt, daß auch die Kommunalärzte Dr. Grotjahn nicht zustimmen würden, falls er wirklich einen solchen Ausspruch getan hätte. Jedenfalls müsse Redner aber ebenso wie alle Kommunalärzte den Vorwurf zurückweisen, als seien sie Gegner der Kreisärzte. Im öffentlichen Interesse sei ein beiderseitiges freundschaftliches Arbeiten dringend erwünscht. (Beifall.)

H. Kreisarzt Dr. **Wollenweber**-Dortmund spricht sich zwar im gleichen Sinne aus, betont aber die Notwendigkeit eines einträchtigen Zusammenarbeitens der staatlichen Medizinalbeamten mit den Kommunalärzten und Sozialhygienikern. Die betreffenden Worte seien allerdings von Prof. Dr. Grotjahn gebraucht; er habe sich dabei aber wohl verhauen.

H. Prof. Dr. **Rimpau**-München (Schlußwort) gibt seiner Freude darüber Ausdruck, daß seine Ausführungen und Vorschläge soviel Zustimmung und Anklang in der Versammlung gefunden haben. Mit den gemachten Abänderungsvorschlägen erklärt er sich einverstanden und empfiehlt, die Verhandlungen der Reichsregierung zur Berücksichtigung zu überweisen.

Vorsitzender. Es liegen folgende Anträge zur Abstimmung vor:

1. Geh. Med.-Rat Dr. Rapmund schlägt vor:
   a) Die Anzeigepflicht in Leitsatz 4a auf Varizellen bei Erwachsenen und in Leitsatz 4b auf die Verdachtsfälle von Paratyphus auszudehnen;
   b) Leitsatz 7 dahin abzuändern, daß auch alle Beschränkungen bei der Anordnung und Ausführung der Ueberführung der Kranken in ein Krankenhaus fortzufallen haben.
   c) Als Ziffer 10 folgenden neuen Leitsatz hinzuzufügen: „Die Kosten zur Bekämpfung ansteckender Krankheiten soweit als möglich aus öffentlichen Mitteln zu tragen."
2. Kreisarzt Dr. Wollenweber-Dortmund:
   In Leitsatz 4a ist das Wort „Paratyphus" hinter Wurstvergiftung zu streichen und hinter dem Worte Typhus einzufügen.
3. Geh. Ob.-Med.-Rat Prof. Dr. Abel-Jena:
   Als Leitsatz 11 ist hinzuzufügen:
   „Voraussetzung für eine volle erfolgreiche Seuchenbekämpfung ist verständnisvolle Mitwirkung der Bevölkerung. Zu diesem Ende ist hygienische Volksbelehrung beginnend im Schulunterricht dringendes Erfordernis."

Die sämtlichen Anträge werden bei der Abstimmung einstimmig angenommen; es folgt dann die einstimmige Annahme der in dieser Weise abgeänderten und ergänzten Leitsätze mit dem Beschluß, diese der Reichsregierung mit den dazu gehörigen Verhandlungen zur Berücksichtigung zu überweisen. Ein gleicher Beschluß wird betreffs des von Geh. Med.-Rat Dr. Weber gestellten Antrages gefaßt:

„Nicht nur auf dem Gebiete der Seuchenbekämpfung, sondern auch auf dem Gebiete der gesetzlichen Regelung des Medizinalwesens überhaupt soll eine Vereinheitlichung durch die Reichsgesetzgebung herbeigeführt werden.“

(Frühstückspause.)

Nach der Frühstückspause spricht zunächst H. Prof. Dr. **Bruns**-Göttingen über **Untersuchungen über die Leistungsfähigkeit eines Beatmungsapparats zur Wiederbelebung Verunglückter.** Er kommt auf Grund seiner Ergebnisse dazu, daß die Atmungsgeräte abzulehnen sind, die nur von Technikern konstruiert wurden.

Der einzige von einem Arzt, dem Schweden K. A. Fries, angegebene Apparat, ist auch der einzige, der den zu stellenden Anforderungen gerecht wird. Redner formuliert deshalb seine Forderung dahin, daß in Zukunft Wiederbelebungsapparate von einer Kommission von Aerzten auf ihre Brauchbarkeit und Ungefährlichkeit zu prüfen sind, ehe sie den Laien in die Hände gegeben werden dürfen. Diese Prüfung werde am zweckmäßigsten dem Reichsgesundheitsamt übertragen.

VII. Die bisherigen Leistungen der öffentlichen Gesundheitspflege und der Medizinalverwaltung in dem Deutschen Reiche und in den Einzelstaaten nach dem Kriege und ihre Aufgaben für die Zukunft.

Berichterstatter: H. Med.-Rat Dr. **Bundt,** Kreisarzt in Halle a. Saale: M. H.! Schon auf der letzten Hauptversammlung des Deutschen und Preußischen Medizinalbeamtenvereins am 25. Okt. 1919 in Weimar haben Dr. Solbrig und Dr. Dohrn die Fragen gestellt, welches sind die Aufgaben der Medizinalbeamten auf dem Gebiete der öffentlichen Gesundheitspflege, um die gesundheitlichen Folgen des Krieges zu beseitigen? Sie sind auch damals mit Vorschlägen gekommen, die einen Aus- und Umbau des öffentlichen Gesundheitswesens verlangten und die vor allem in der Forderung gipfelten, den Gesundheitsbehörden in allen Instanzen eine ärztliche Leitung und eine vollkommene Selbständigkeit und Unabhängigkeit von anderen Zweigen der Verwaltung zu geben.

Damit hatte die Versammlung des Deutschen und Preußischen Medizinalbeamtenvereins das Hauptgewicht auf den organisatorischen Aufbau der staatlichen Medizinalverwaltung gelegt. Vor ihr kam schon unter dem Eindruck des schweren Ausganges des Krieges am 5.—7. Septemder 1918 der Verein für öffentliche Gesundheitspflege auf seiner Hauptversammlung in Köln zu Vorschlägen auf dem Gebiet der Fürsorge und der sozialen Hygiene, in denen er ein enges Zusammenarbeiten von

Staat und Gemeinden, von privaten Körperschaften und Einzelnen zum gesundheitlichen Wiederaufbau forderte.

Beide Vereinigungen aber stimmten darin überein, daß es vor allem darauf ankomme, der vermehrten Seuchengefahr, vor allem der Gefahr der Tuberkulose und der Geschlechtskrankheiten, einer Folge des Krieges an sich und der Einschleppung aus dem Auslande, der Geburtenabnahme und erhöhten Säuglingssterblichkeit — gegen die der Kampf schon vor dem Kriege hätte einsetzen müssen — der verminderten Lebens- und Leistungsfähigkeit der Jugend — in erster Linie eine Folge der Blockade — der Wohnungsnot mit ihren gesundheitlichen und sittlichen Folgen und der Vermehrung der Berufskrankheiten und gewerblichen Schädigungen als Folgen der überspannten Kriegsindustrie mit allen verfügbaren Kräften entgegenzutreten.

Es kam — das ist kurz der Sinn der Leitsätze des Vereines für öffentliche Gesundheitspflege — darauf an:

1. den Geburtenrückgang zu bekämpfen, d. h. die Erzeugung lebenskräftiger Menschen zu steigern,
2. die Erzeugten zu erhalten und zu stärken, also die gesunkene Volksmenge zu vermehren und die Volkskraft zu erhöhen.

Wie steht es nun damit, so fragen wir heute? Was ist bisher zur Erfüllung dieser Forderungen auf dem Gebiete des öffentlichen Gesundheitswesens geschehen, welchen Einfluß haben die bisher getroffenen Anordnungen auf die Volksgesundheit gehabt und welche Forderungen sind weiterhin zu stellen?

Ich kann mich bei dem Umfang und der Fülle des Materials in dem engen Rahmen eines Vortrages weder im Geschichtlichen noch bei meinen Vorschlägen in Einzelheiten verlieren. Es wird im großen und ganzen auf eine übersichtliche Darstellung des Geschehenen und auf einen Umriß des zu Fordernden herauskommen, nur hier und da bei besonders wichtigen Gegenständen werde ich einmal mehr in die Breite und Tiefe gehen dürfen. Dabei wird es nicht immer möglich sein, die öffentliche Gesundheitspflege und Fürsorge restlos von der Verwaltung des öffentlichen Gesundheitswesens zu trennen, ebensowenig wie soziale Hygiene und natürliche Hygiene trennbar sind, da sie oft und weit ineinandergreifen, sich einander bedingend und von einander abhängend.

Wir fragen also zuerst: *Was ist bisher auf dem Gebiete des öffentlichen Gesundheitswesens und der Medizinalverwaltung im Deutschen Reiche und in den Einzelstaaten geschehen?*

Im *Reiche* kommt es hier in erster Linie auf den Erlaß von Bestimmungen gegen die Einschleppung und Verbreitung übertragbarer Krankheiten gleich nach dem Kriege hinaus, die unter dem Eindruck der Gefahr der überstürzten Demobilmachung

notwendig wurden und bei der herrschenden Unordnung durch Krieg und Umsturz schwer in die Tat umsetzbar waren. Eine grundlegende Aenderung der Organisation des Gesundheitswesens ist nicht zu verzeichnen.

Wenn wir in den einzelnen deutschen Ländern erst einmal die großen organisatorischen Fragen ins Auge fassen, so ist nur in Hamburg eine grundlegende Neuordnung des gesamten Gesundheitswesens geschehen.

In **Preußen** ist der Uebergang der Medizinalabteilung aus dem Ministerium des Innern in das neugebildete Ministerium für Volkswohlfahrt, dessen I. Abteilung die Abteilung für Volksgesundheit sie bildet, zu bemerken. An der Spitze dieser Abteilung steht ein ärztlicher Fachmann als Ministerialdirektor. In den letzten Monaten ist durch Beschluß des Staatsministeriums vom 30. April 1921 die Bildung eines Landesgesundheitsrates beschlossen, ebenso die Bildung gerichtsärztlicher Ausschüsse in den Provinzen anstelle der Medizinalkollegien.

Der Landesgesundheitsrat ist eine Behörde zur Beratung des Staatsministeriums besonders des Ministers für Volkswohlfahrt in allen Fragen des öffentlichen Gesundheitswesens und der sozialhygienischen Fürsorge. Er tagt in seiner Gesamtheit oder in einer Reihe von Ausschüssen, die ärztliche, pharmazeutische und zahnärztliche Fragen behandeln. Der preußische Medizinalbeamtenverein hat sich zu beiden auf Grund eines Erlasses des Ministers für Volkswohlfahrt vom 1. 6. 21 M I 1912 und im Sinne eines Beschlusses des Vorstandes vom 12. Juni 1921 geäußert. Er hat sich für eine Beteiligung von Medizinalbeamten, die nicht der Zentralinstanz angehören, an dem Landesgesundheitsrat und seinen Ausschüssen eingesetzt. Wie weit die Zusammensetzung des Landesgesundheitsrates gediehen ist und wie weit den Wünschen der Medizinalbeamten dabei Rechnung getragen ist, entzieht sich bisher unserer Kenntnis.[1])

Unter dem 29. November 1920 hat ferner der Minister für Volkswohlfahrt durch Runderlaß Richtlinien für die Einrichtung von Provinzialausschüssen für hygienische Volksbelehrung (Provinzialgesundheitsausschüsse) erlassen, die den Provinzialwohlfahrtsämtern zur Seite stehen und die Lehren der Gesundheitswissenschaft im Volke durch Vorträge, hygienischen Unterricht, Ausbildungskurse verbreiten sollen. Sie sollen in den mittleren Instanzen das sein, was der Landesausschuß für hygienische Volksbelehrung für den Gesamtstaat ist; auch sollen sich Kreis- und Ortsgesundheitsausschüsse angliedern, die wiederum den Kreis- und Stadtwohlfahrtsämtern zur Seite stehen sollen.

Zu einem Gesetz über die Bildung von Provinzial- und Kreiswohlfahrtsämtern ist es noch nicht gekommen. Zwar sind in einer dienstlichen Versammlung der Regierungs-Medizinalräte am 22. September 1919 Leitsätze für diese aufgestellt, doch blieb es bisher Provinzen und Kreisen überlassen, ob und wie sie die Volkswohlfahrt in ihrem Bezirke organisieren wollen. Ein großer Teil der Kreise ist mit der Bildung von Kreiswohlfahrtsämtern vorangegangen. Meine Umfrage ergab, daß solche in 85 % der Kreise bestehen oder wenigstens in der Bildung begriffen sind.

Unter dem 3. Februar 1921 ist eine neue Prüfungsordnung für Kreisärzte erlassen, die als hauptsächlichste neue Bestimmung die Forderung einer sozial-hygienischen Vorbildung und die Prüfung in diesem Fache bringt.

Die Richtlinie aller dieser Maßregeln ist unverkennbar. Es besteht eine gewisse Scheu, durch gesetzliche Maßnahmen gesundheitspolizeiliche Einrichtungen zu schaffen. Man versucht es dem demokratischen Geist des Staates entsprechend mit Fürsorge und Belehrung und hat in gewissem Sinne den Parlamentarismus auch auf das öffentliche Gesundheitswesen

[1]) Diese Wünsche sind inzwischen berücksichtigt.

übertragen. Gleichwohl kann ich mich mit Bornträger der Einsicht nicht verschließen, daß wir auch heute nicht ohne eine straffe Ordnung des Gesundheitswesens auskommen; denn die von Gottstein proklamierte Pflicht zur Gesundheit ist noch keineswegs Gemeingut geworden. Rechte faßt man, aber Pflichten haßt man.

Bei den anderen Bundesstaaten kann ich mich kürzer fassen. Das Prinzip ist fast überall das gleiche eben geschilderte: Belehrung und Fürsorge statt gesetzlicher Festlegung.

In **Bayern** ist die Medizinalverwaltung beim Ministerium des Innern geblieben. Es ist zwar auch dort ein Ministerium für soziale Fürsorge geschaffen, doch hat dieses von ärztlichen Dingen nur die Gewerbehygiene und die Kriegshinterbliebenenfürsorge für sich in Anspruch genommen.

Dem Landesgesundheitsrat und dem Landesausschuß für hygienische Volksbelehrung in Preußen ist in Bayern etwa die am 22. 11. 1920 durch Ministerial-Erlaß ins Leben gerufene Arbeitsgemeinschaft zur Förderung der Volksgesundheit an die Seite zu stellen, die den Landesverband für Säuglings- und Kleinkinderfürsorge, den Landesverband zur Bekämpfung der Tuberkulose und die Gesellschaft zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten umfaßt. Die Satzungen sprechen im großen und ganzen zwar nur von einer Vereinfachung der Geschäftsführung durch den Zusammenschluß, doch dürfte Zweck und Ziel auch hier Verbesserung der fürsorgerischen und belehrenden Betrebungen sein.

Erwähnen will ich noch, daß die bayrischen Aerzte sich eine Aerzteordnung zur Ergänzung der staatlichen Verordnungen gegeben und freie Aerztekammern neben den staatlichen gebildet haben.

In **Württemberg** ist durch Gesetz vom 15. Dezember 1919 mit Ausführungsverordnung vom 17. Dezember 1919 am 1. 1. 1920 das Medizinalkollegium aufgehoben und ein Landesgesundheitsrat durch Erlaß vom 22. Dezember 1918 im Geschäftskreis des Ministeriums des Innern geschaffen, dem ein nichtärztlicher Direktor, entgegen den Forderungen der württembergischen Aerzte und Medizinalbeamten, vorsteht. Von einem Fortschritt kann dort kaum die Rede sein, umso weniger, als man der Gesundheitsverwaltung das 1908—1910 gebaute schöne Amtsgebäude des Medizinalkollegiums in der Azenbergstraße zu Stuttgart nehmen und anderen Zwecken zuführen will. Hier dauert die juristische Bevormundung des Gesundheitswesens an. Durch Gesetz vom 8. Oktober 1919 ist die Errichtung eines Jugendamtes beschlossen.

In **Sachsen** sind grundlegende Aenderungen des Gesundheitswesens ebensowenig vorgenommen wie in **Hessen** und **Mecklenburg**; in letzterem ist noch alles in Vorbereitung.

In **Oldenburg** sind am 14. 1. 1921 ein Landesausschuß für hygienische Fortbildung und schon früher ein Landeswohlfahrtsamt und Bezirkswohlfahrtsämter eingerichtet.

In **Großthüringen** besteht im Ministerium des Innern eine Abteilung für Volkswohlfahrt mit einem medizinischen Referenten. Es ist hier noch nicht einmal die Kreiseinteilung festgesetzt. Beabsichtigt ist, das Gesundheitswesen auf das Wirtschaftsministerium übergehen zu lassen, auf Abteilung A (Arbeit und Wohlfahrt) mit Ausnahme der Verwaltung der Heilanstalten, die wohl beim Ministerium des Innern bleiben soll, wenn ich meinen Berichterstatter recht verstanden habe.

In **Braunschweig** hat man ein Landesfürsorgeamt und Kreisfürsorgeämter gebildet. Das Landesmedizinalkollegium besteht dabei im Staatsministerium des Innern weiter. Man will dort die kleinen Kreisarztbezirke zusammenlegen.

Rühriger ist Lippe gewesen, das ein Landesamt für Volkswohlfahrt und Volksgesundheit geschaffen und am 12. 4 20 Ausführungsbestimmungen zu den Gesetzen betreffend die Bekämpfung übertragbarer Krankheiten getroffen hat. Außerdem ist unter dem 13. Juli 1921 ein Gesetz betreffend die Dienststellung der Kreisärzte erlassen,

durch das der Kreisarzt staatlicher Gesundheitsbeamter, Fürsorge- und Schularzt seines Kreises ist. Unter dem 29. März 1921 ist dort durch Verordnung eine Aerztekammer errichtet, die laut § 3 auch bei der öffentlichen Gesundheitspflege mitwirken soll.

In **Anhalt** ist ein Kreisarztgesetz herausgekommen.

Ehe ich nun auf die Sorge für die Stellung und die wirtschaftliche Lage der Medizinalbeamten in den einzelnen Ländern komme, will ich in großen Zügen noch die hauptsächlichsten Erlasse und Verordnungen behandeln, die auf dem Gebiete der Medizinalpolizei, Sanitätspolizei und der Fürsorge oder sozialen Hygiene erlassen sind.

In Preußen, Sachsen und Oldenburg, ich habe nur aus diesen Staaten Berichte, sind neue Gebührenordnungen für Aerzte erlassen. Die in Preußen datiert vom 1. September 1920. Ich nehme an, daß auch die anderen Länder den Zeitverhältnissen entsprechend in gleicher Weise vorgegangen sind. Vom 10. 8 1919 datiert die Verordnung über die Verleihung der Würde eines Doktors der Zahnheilkunde in Preußen.

Im Apothekerwesen ist erwähnenswert in Preußen die Einrichtung obligatorischer Sonntags- und Nachtruhe und die Aenderung der Prüfungsordnung vom 7. 8. 1920. Man hat in einigen Städten Versuche mit der Kommunalisierung der Apotheken gemacht. Aus dem Mißerfolg einzelner Städte will ich allgemeine Schlüsse nicht ziehen. Groß-Berlin hat im Prinzip die Kommunalisierung seiner Apotheken beschlossen.

Der zunehmende Mißbrauch von Betäubungsmitteln, namentlich der Opiate und des Kokains und ihrer Abkömmlinge hat auf Veranlassung des Reiches in allen deutschen Ländern zu verschärften Bestimmungen über den Vertrieb dieser Gifte geführt und sogar ein internationales Abkommen nötig gemacht.

Der Entwurf eines preußischen Hebammengesetzes, der in der Sitzung der Landesversammlung am 11./12. Januar 1921 in zweiter Lesung durchberaten wurde, ist nicht zur Verabschiedung gekommen. Die Veränderungen des Regierungsentwurfs durch den Ausschuß für Bevölkerungspolitik und die Parteien, die den Bedürfnissen parteipolitischer Agitation mehr als den Bedürfnissen des Volkes und den Interessen der Hebammen entsprachen, hätten wohl kaum den Beifall der Medizinalbeamten gefunden.

Das preußische Hebammenlehrbuch ist 1920 in neuer Auflage mit einer Reihe anerkennenswerter und zweckentsprechender Verbesserungen erschienen. In Baden sind unter dem 10. 7. 1919 neue Bestimmungen über die Ausbildung der Hebammen erlassen. Die Taxen der Hebammen sind in den meisten Staaten, z. B. in Preußen, Bayern, Württemberg, Oldenburg, Braunschweig nicht unwesentlich, z. T. auf 400% erhöht.

Vergeblich haben sich bisher Staat und Gemeinden bemüht, dem Wohnungsmangel und Wohnungselend nach dem Kriege zu steuern. Die Versuche der Besserung durch Wohnungsrationierung mit dem Bau von Notwohnungen und der Zwangseinmietung, der zumeist unzureichenden Unterstützung gemeinnütziger Bauvereine und der mehr oder minder heimlichen Beschränkung der Freizügigkeit dürfen wohl im allgemeinen als gescheitert gelten.

Die Bestimmungen für die Krankennahrung sind mit der Aufhebung der Zwangswirtschaft zum großen Teil außer Kraft getreten.

Zur Bekämpfung des Alkoholismus sind Mittel aus den Erträgnissen des Alkoholmonopols unter dem 8. Juni 1920 für die Enthaltsamkeits- und Mäßigkeitsvereine zur Verfügung gestellt. Ein Gesetz gegen die Trunksucht ist in Vorbereitung, wie der Reichsminister Koch am 23. 1. 21 im Reichstag verkündigte.

Das Reichsseuchengesetz vom 30. 6. 1900 und das preußische Gesetz betreffend die Bekämpfung übertragbarer Krankheiten vom 25. 8. 05 haben in ihren Ausführungsbestimmungen einige den veränderten Verhältnissen angepaßte Veränderungen erfahren. Diese beziehen sich vor allem auf die Bekämpfung der Läuse, die man seit Januar 1915 als Hauptüberträger

des Fleckfiebers erkannt hat, und auf die Bekämpfung ansteckender Geschlechts- und Hautkrankheiten. Die Einschleppungsgefahr für Ruhr, Cholera, Typhus und Pocken aus dem Auslande machte einige Sonderbestimmungen und Verschärfung bestehender Bestimmungen nötig. **Influenza** und **Schlafkrankhet** sollen in **Preußen** gemeldet werden; **Malaria** ist in **Sachsen** anzeigepflichtig geworden.

Es sei mir hier die Bemerkung gestattet, daß in Halle, obwohl hier ein Malarialazarett bestand, und obwohl das zoologische Institut 1919 fast in jedem Tümpel der Umgebung Halles Anopheleslarven, in jedem Stall Imagines der Fiebermücke fand, Malaria weder 1920 noch 1921 in größerer Zahl vorgekommen ist.

Unter dem 8. 2. 1920 I M III 64 erschien für Preußen eine neue **Desinfektionsanweisung**, die in Uebereinstimmung mit den Wünschen der Kreisärzte die Wichtigkeit der laufenden Desinfektion gegenüber der Schlußdesinfektion betont und für Tuberkulose, Typhus, Ruhr, Körnerkrankheit, Kindbettfieber, Diphtherie, Scharlach und Genickstarre Desinfektionsvorschriften gibt. Durch diese Desinfektionsordnung ist die **Ausbildungszeit** für **Desinfektoren** auf 14, für **Desinfektionsschwestern** auf 8 Tage erhöht.

Die **Typhusbekämpfung des Reiches** ist seit dem 1. 7. 1921 nach Mitteldeutschland verlegt. Der Reichskommissar hat seinen Sitz in Jena, Untersuchungsämter bestehen dort ferner in Halle, Erfurt, Gotha und Gera.

Ich darf noch kurz an die **Zählung der in Behandlung befindlichen Geschlechtskranken** — es sollen in Preußen 127000 sein — und die Bestimmungen über die freie Behandlung und Belehrung solcher Kranken erinnern.

Das **Friedmannsche Tuberkuloseserum**, dieses Serum politicum, darf ich wohl übergehen. Ministerialerlasse vom 16. 2. 20, 10. 11. 20 und 4. 2. 21 sprechen vom Ausbau der **Tuberkulosefürsorge** in Erfassung aller zu Befürsorgenden, Behandlung und Ausdehnung auf Mittelstand und die Kleinkinder. Die Bereitstellung von Mitteln aus den Erträgnissen des Branntweinmonopols ist unter dem 8. Juni 1920 auch für die Tuberkulosefürsorge angeordnet in richtiger Erkenntnis des engen Zusammenhanges zwischen Tuberkulose und Alkoholmißbrauch. Die Grundsätze für die Verwendung bereitgestellter Staatsmittel sind durch Ministerialerlaß vom 4. 6. 21 dann noch erweitert, indem die Unterstützung von Einrichtungen für Kranke und Bedrohte und auch für theoretisch wissenschaftliche Arbeiten zugelassen ist. In **Oldenburg** und **Lippe** ist die Tuberkulose anzeigepflichtig.

Die Verhältnisse der **Prostitution** sind noch nicht endgültig geregelt. Gesetze zu ihrer Regelung und zur Bekämpfung ansteckender Geschlechtskrankheiten sind in Vorbereitung. Hinsichtlich der **serodiagnostischen Reaktion bei Syphilis** sind unter dem 4. Oktober 1920 Bestimmungen herausgekommen, welche die gewerbsmäßige Anstellung der Proben von einer Erlaubnis der Behörden abhängig machen und sie Nichtärzten verbieten.

Es sind ferner eine große Menge **gewerbehygienischer Verordnungen** erlassen, ich erinnere z. B. an das Bleimerkblatt vom 31. 10. 19, die Bestimmungen über Arbeiten in Preßluft und mit benzolhaltigen Farben.

Im neuen **preußischen Etat** sind 5 Stellen für **Landesgewerbeärzte** in Aussicht genommen.

Eine Reihe einzelner Verordnungen beziehen sich auf die **Schulhygiene** und die **schulärztliche Tätigkeit**. Durch den preuß. Min.-Erlaß vom 11. Mai wird die regelmäßig wiederkehrende Untersuchung des Urins sämtlicher Schulkinder empfohlen, unter dem 10. April wird die Wiederzulassung von Diphtheriebazillenträgern zum Schulbesuch geregelt. Mehrere Erlasse befassen sich mit der Auslandshilfe, vor allem mit den Quäkerspeisungen, für die die Mittel — auch hier sei es gesagt, ohne der Organisation der Quäker zu nahe treten zu wollen — zu einem großen Teil von Deutsch-Amerikanern aufgebracht sind.

Besondere Aufmerksamkeit wird auch der **Säuglingsfürsorge** schon seit 1917 zugewandt. In **Preußen** gab es schon unter dem 31. 3. 1917 ein Gesetz über die staatliche Prüfung von Säuglingspflegerinnen. Am 20. November 1918 folgte **Bayern**. In **Sachsen** bildete sich am 19. März 1920 ein Landesausschuß für Säuglings- und Kleinkinderfürsorge. Mutter- und Säuglingsfürsorge, Errichtung von Beratungsstellen, Unterbringung und Vor-

mundschaft der Säuglinge werden am 20. 8. 20 durch Min.-Erlaß in Preußen geordnet; ein Rundschreiben des Reichsinnenministers vom 10. Juni 1920 befaßt sich mit der ärztlichen Ueberwachung von Krippen und Kleinkinderbewahranstalten. In Braunschweig ist am 26. Juni 1919 durch Gesetz das Haltekinderwesen geregelt.

Eine gesetzliche Regelung hat in Preußen die Krüppelfürsorge unter dem 6. Mai 1920 gefunden. Leider stößt die Durchführung des Gesetzes, vor allem wegen der großen Kosten, die durch die stationäre Behandlung erwachsen, auf großen Widerstand und Schwierigkeiten, sodaß durch Ministerialerlasse hinsichtlich der zu erfassenden Altersstufen der Krüppel in den meisten Provinzen beträchtliche Ausnahmen gemacht werden mußten. Es fehlt vielfach noch an den nötigen Einrichtungen für stationäre Behandlung und Unterrichtung. Die Absicht des Gesetzes, durch möglichst frühzeitige Maßnahmen drohende Verkrüppelung zu hindern und arbeitsfähige, lebensfreudige Menschen zu erziehen, ist mit Freude von allen Medizinalbeamten begrüßt worden,

Die Sorge für die geistigen Krüppel (die Psychopathenfürsorge) ist bisher nur erst durch einen Runderlaß des preußischen Ministers für Volkswohlfahrt vom 2. September 1920 über Fürsorge für Nervöse und seelisch Kranke in Angriff genommen. Sie ist nur fürsorgerisch erfaßt. Der Erlaß empfiehlt Fürsorgestellen für Nervöse und seelisch Kranke, eine Einrichtung, die in Halle unter Leitung des Universitätspsychiaters Prof. Dr. Anton schon seit 1916 besteht.

Es liegt, wie bekannt, für das Reich der Entwurf eines Reichsjugendwohlfahrtsgesetzes vor. In ihm spielt zwar die gesundheitliche Fürsorge für Jugendliche und deren körperliches Gedeihen eine große Rolle, doch ist im ganzen Gesetzentwurf und in seiner Begründung der Aerzte wie vollends der Medizinalbeamten keine Erwähnung getan.

Kurz erwähnen will ich hier die Bereitstellung öffentlicher und staatlicher Bäder für Sozialversicherte und den Erlaß des preußischen Ministers für Volkswohlfahrt vom 25. März 1920, der die Wiedereröffnung von Hallen- und Volksbädern in Rücksicht auf die Volksgesundheit zur Pflicht macht.

Durch Runderlaß vom 5. 6. 1919 ist in Preußen die Anweisung zur Ausführung des Feuerbestattungsgesetzes geändert.

Bayern hat unter dem 11. März 1920 orspolizeiliche Vorschriften über die Feuerbestattung nebst Ausführungsbestimmungen erlassen und Sachsen ein Feuerbestattungsgesetz am 30. November 1920.

Ich habe mich bis hierher in meiner gedrängten Aufzählung des Geschehenen eng an die einzelnen Abschnitte der Dienstanweisung für die Kreisärte gehalten.

Es bleibt mir noch zu berichten über die eigentlich soziahygienischen und fürsorgerischen Fortschritte des öffentlichen Gesundheitswesens. Ich hätte alle diese auch wohl ebenso gut schon in einem früheren Abschnitte aufzählen können, da sie ohne weiteres in solchen unterzubringen sind.

Hierher gehört der preußische Erlaß über die Ausbildung und staatliche Prüfung der Fürsorgerinnen vom 29. März 1919 und dessen Erweiterung vom 22. Oktober 1920 als Grundlage für die Prüfung von Wohlfahrtspflegerinnen. Diese Erlasse bedeuten die Schaffung einer Klasse von mittleren Gesundheitsbeamtinnen. Andere Staaten, z. B. Mecklenburg sind hierin Preußen gefolgt. In Bayern ist eine Prüfungsordnung für Säuglingspflegerinnen und Fürsorgerinnen in Vorbereitung. Eine Prüfung für Krankenpflegepersonen ist dort seit Januar 1921 eingeführt.

Weiter gehört hierher die Einrichtung der sozialhygienischen Akademien in Breslau, Charlottenburg und Düsseldorf und die staatliche Anerkennung von 13 Wohlfahrts- und sozialen Frauenschulen in allen Teilen des preußischen Landes, beginnend mit dem 12. April 1919 und schließend mit dem 28. Juni 1921. Auch hier sind andere Staaten Preußen

nachgegangen. Die Prüfung von Fürsorgerinnen ist z. B. in Mecklenburg, Bayern, Württemberg und Sachsen geordnet.

Die Organisation der ländlichen Wohlfahrtspflege behandelt ein preußischer Erlaß vom 10. Juni 1920.

Wenn ich nun noch ganz kurz in der sozialen Gesetzgebung des Reiches die mehrmalige Heraufsetzung der Versicherungsgrenze und die Einführung der Familienversicherung und der Wochenhilfe erwähne, so dürfte ungefähr in grossen Zügen das Wichtigste von dem gesagt sein, was in Reich und Einzelländern an Gesetzen, Erlassen und Einrichtungen auf dem Gebiete des öffentlichen Gesundheitswesens anzuführen ist.

Ich komme nun zu dem wohl unbefriedigensten Abschnitt meiner ganzen Ausführungen, zu der **Stellung und Lage der Medizinalbeamten.** Im Gegensatz zum Reich, das seine Medizinalbeamten mit klingenden Amtsbezeichnungen geschmückt und z. T. in recht jungen Jahren in befriedigende Stellungen gebracht hat, sind in fast allen deutschen Ländern die staatlichen Medizinalbeamten arg zu kurz gekommen.

Lassen Sie mich hier in aller Kürze die Verhältnisse in den einzelnen Ländern durchgehen.

In **Preußen** sind die Medizinalbeamten der Bezirksinstanz Angehörige der Besoldungsklasse XI, die vollbesoldeten Kreisärzte der Besoldungsklasse X, je ein Drittel beider soll nach den Bestimmungen der Besoldungsordnung vom 17. Dezember 1920 (veröffentlicht im Februar d. Js.) in die nächst höhere Klasse, XII bezw. XI, aufrücken. Die nichtvollbesoldeten Kreisärzte erhalten 75 % der Bezüge der Vollbesoldeten und dürfen, soweit es ihr Amt und ihre vorgesetzte Behörde gestattet, Privatpraxis treiben. Sie behalten die Gebühren bis zur Höhe des Gehaltes gleichaltriger vollbesoldeter Kreisärzte, was die am Gehalt der Vollbesoldeten fehlenden 25 % übersteigt, ist, wie bei Vollbesoldeten von vornherein, an die Staatskasse abzuführen. Vertrauensärztliche Tätigkeit ist auch den vollbesoldeten Kreisärzten gestattet.

Durch die Nichtgewährung eines kreisärztlichen Büros und geeigneter Hilfskräfte ist der Kreisarzt trotz der sehr gesteigerten amtlichen Tätigkeit mit minderwertiger Schreib- und Registrierarbeit überlastet. Dafür erhält er als Vollbesoldeter die Dienstaufwandentschädigung von 1000—1500 Mark, als Nichtvollbesoldeter 360—700 Mark, denen im Durchschnitt ein wirklicher Anfwand von 6000 bezw. 3000 Mark schon im Frühjahr 1920 gegenüberstand. Die Gebühren sind durch Erlaß vom 20 Dezember 1920 um 500 % des Tarifes der Gebührenordnung vom 14. 7. 1909 erhöht.

Reisekosten und Tagegelder sind gänzlich unzureichend trotz verschiedener Erhöhungen.

Von 485 Kreisarztstellen sind z. Zt. 146 vollbesoldet, 339 nicht vollbesoldet. Im neuen Etat sind 45 neue vollbesoldete Stellen vorgesehen, das macht eine Steigerung der vollbesoldeten Stellen von 30 % auf 43,5 %.

Die Dienstaufwandentschädigung soll bei Nichtvollbesoldeten auf durchschnittlich 1800 Mark, bei vollbesoldeten auf durchschnittlich 3600 Mark erhöht werden.

Eine angemessene, ihrer Stellung gegenüber den Beamten anderer Verwaltungszweige entsprechende Amtsbezeichnung ist den preußischen beamteten Aerzten bisher nicht verliehen.

Die Kreisassistenzärzte gelten als Anwärter auf vollbesoldete Kreisarztstellen und erhalten 75—95 % des Gehaltes der Klasse X.

Die Gerichtsärzte sind nicht vollbesoldete Kreisärzte, für sie gilt hinsichtlich der Amtsbezeichnung, Dienstaufwandentschädigung und der Ablieferung der Gebühren das Gleiche wie für die Kreisärzte.

Den vollbesoldeten Kreisärzten gleichgestellt sind die Direktoren der Untersuchungsämter, bei denen allerdings eine vertrauensärztliche Tätigkeit, dafür aber auch der Dienstaufwand fortfällt.

In **Bayern** sind die Dezernenten der Bezirksinstanz Oberregierungsräte in Besoldungsgruppe XII, die Bezirksärzte, Medizinal- bezw. Obermedizinalräte in Besoldungsgruppe X mit Erlaubnis zur Privatpraxis, ohne Gebührenablieferung und mit Erlaubnis zur Annahme von Nebenämtern mit Genehmigung der vorgesetzten Behörden. Die Landgerichtsärzte sind in Gruppe XI. Von den 170 Bezirksärzten sollen 12 in Gruppe XI und von 81 Landgerichtsärzten 5 in Gruppe XII übergeführt werden. Die Gebühren in Bayern sind allerdings gering.

Die Referenten der Bezirksinstanz in **Sachsen**, die Obermedizinalräte, sind in der XII. Besoldungsklasse, die Bezirksärzte, alle vollbesoldet ohne Praxis, mit der Amtsbezeichnung „Regierungs-Medizinalrat“ zu 50% in Klasse X, zu 50% in Klasse XI. Sie behalten die um 300% erhöhten Gebühren und können Nebenämter mit Genehmigung der Regierung annehmen.

In **Württemberg** ist eine abschließende Regelung nach meinen Erkundigungen noch nicht erfolgt. Die Dienstaufwandentschädigung beträgt 1500 bis 2500 Mark. Von den Oberamtsärzten sind 10 in Besoldungsklasse XI, die übrigen in X Der Wunsch der Aufrückung in die Klasse XI und XII scheint nicht erfüllt zu sein.

Hessen hat in der Bezirksinstanz Obermedizinalräte in der XII. Besoldungsklasse. Von den Kreisärzten sind 13 in die X., 5 in die XI. Besoldungsklasse gekommen, obwohl man den Kreisdirektoren sogar einzelne Stellen in Klasse XIII zugewiesen hat. Die Kreisassistenzärzte — Amtsärzte genannt — sind in der IX. Besoldungsklasse. Ein Antrag auf Gebührenerhöhung um 500% — die Gebühren waren in Hessen bisher sehr niedrig — ist anscheinend noch nicht erfüllt. Die amtlichen Gebühren, darunter auch die Impfgebühren, gehen an die Staatskasse. Die Dienstaufwandentschädigung beträgt 400 bis 2600 Mark. Privatpraxis und Nebenämter sind mit Erlaubnis der Regierung gestattet.

In **Mecklenburg-Schwerin** ist es bisher zu einer endgültigen Regelung noch nicht gekommen, nicht einmal die Abgrenzung der Aemter (vielleicht werden es 12 ländliche und 4 städitsche) ist erfolgt. Vorgesehen ist für Kreisärzte die X. Besoldungsklasse. Bisher werden den Amtsärzten aber nur 50% des Gehaltes gezahlt mit Belassung der Privatpraxis. Ein Amtsgerichtssekretär im Nebenamt ist Bürovorsteher und Sekretär des Kreisarztes.

In **Oldenburg** hat der Landesarzt die Dienstbezeichnung „Landesmedizinalrat“; die Amtsärzte sind im Zivilstaatsdienst auf Kündigung angestellt, nur einer ist in die Besoldungsgruppen eingereiht, der Amtsarzt in Vechta als Strafanstaltsarzt; er erhält 75% des Gehaltes der Besoldungsklasse X. Einnahmen aus Gebühren und Nebenämtern verbleiben dem Amtsarzt; Privatpraxis ist ihm gestattet. Die Reisekosten und Tagegelder sind unzureichend (9—24 Mark).

Großthüringen hat bisher sein Medizinalwesen ebenfalls noch nicht endgültig geordnet. Auch hier ist die Abgrenzung der Bezirke noch nicht einmal fertig. Der Medizinalreferent im Ministerium des Innern soll 8400 bis 12000 Mark Gehalt haben, die Kreisärzte sollen in Klasse X kommen. Bisher ist den Amtsärzten die Privatpraxis gestattet gewesen. Bei einer Neuanstellung soll die Bestimmung, daß alle Gebühren und Nebeneinnahmen an den Staat fallen, rückgängig gemacht sein. Es ist dort wohl noch manches unklar.

Vollbesoldete und nichtvollbesoldete Kreisärzte hat auch **Braunschweig**, erstere in Klasse X, letztere mit z. T. sehr kleinen Bezirken erhalten ³/₁₀—⁸/₁₀ des Gehaltes dieser Klasse. Die 3 vollbesoldeten Kreisärzte dürfen keine Privatpraxis treiben.

Das kleine **Lippe** endlich hat durch Gesetz vom 12. Juli 1921 Kreisärzte durchweg im Hauptamt, also vollbesoldet, angestellt. Ihnen stehen Gebühren aus vertrauensärztlicher Tätigkeit zu; Privatpraxis dürfen sie nur im Notfalle treiben. Kreisassistenzärzte werden auf Privatdienstvertrag angestellt. Amtliche und gerichtsärzliche Gebühren fließen in die Staatskasse, wie in Preußen.

Aus Baden und Anhalt sind mir Einzelheiten nicht zugegangen; ich hoffe, daß sich die Vertreter der Medizinalbeamten dieser Staaten zu diesem Punkte meiner Ausführungen äußern werden.

M. H.! Wenn wir von dem letzten Kapitel absehen, werden Sie mir zugeben, es war über manchen Fortschritt im einzelnen zu berichten, obwohl weder im Reich, noch in den Staaten irgendwelche grundlegende Aenderung der Organisation des öffentlichen Gesundheitswesens im Sinne der Leitsätze von Solbrig und Dohrn, wie sie der deutsche und preußische Medizinalbeamtenverein in ihrer Hauptversammlung vom 25. Oktober 1919 angenommen haben, geschehen sind.

Nirgends hat man eine Neuordnung des öffentlichen Gesundheitswesens, nach einem einheitlichen umfassenden Plan vorgenommen. Man hat sich fast überall darauf beschränkt, den Einzelschäden durch Einzelmaßnahmen entgegenzutreten; man hat im einzelnen Erfolge gehabt, ohne sich im ganzen einen Bau zu schaffen, von dem aus man, über und außerhalb der einzelnen Einrichtungen stehend, das ganze umfassende Gebiet des öffentlichen Gesundheitswesens und der öffentlichen Gesundheitspflege übersehen und ordnen kann.

Ich glaube nicht, daß denjenigen, denen in erster Linie die Sorge für unser Medizinalwesen im Reich und in den Einzelländern anvertraut ist, Einsicht, Wunsch und Wille gefehlt haben; ich verkenne auch nicht, daß die politische und wirtschaftliche Not ihr gut Teil dazu beigetragen hat, um einen solchen Bau nicht zur Ausführung kommen zu lassen, und daß die Lockerung des Staatsgefüges und die Abschwächung des Staatsgedankens mit ihren zentrifugalen Kräften Hindernisse gewesen sind für eine straffe Zusammenfassung und einen gesetzmäßigen Aufbau.

Und dennoch ist der gesundheitliche Aufbau unseres Volkes die allerwichtigste Vorbedingung für die Wiedererneuerung unseres Reiches überhaupt und damit das öffentliche Gesundheitswesen zur Zeit die wichtigste staatliche Einrichtung und der Stand der staatlichen Gesundheitsbeamten — in der anerzogenen Bescheidenheit der Medizinalbeamten scheue ich mich hier vor dem absoluten Superlativ — einer der wichtigsten Stände im heutigen Staate. Wie es aber mit dieser nach logischen Folgerungen durchaus zurecht bestehenden Bewertung dieses Standes steht, habe ich schon gezeigt.

In der Mehrzahl der Staaten ist die Stellung und Besoldung der Medizinalbeamten noch gar nicht einmal geregelt, in anderen ist sie unzureichend. Die beamteten Aerzte stehen zumeist in der Amtsbezeichnung hinter den Beamten anderer Verwaltungszweige zurück; nur 6 % von ihnen ist die Beförderungsmöglichkeit gegeben, die anderen Beamtenklassen zu mindestens in 20 % offen steht. Dazu kommt vor allem in Preußen die dauernde Anfeindung, die Gefahr der Kommunalisierung, die ihre Stellung zu einer

unsicheren macht und auf die Arbeitsfreudigkeit mit der Zeit lähmend wirken muß.

Ueberaus bezeichnend ist hier jener Erlaß des Ministers für Volkswohlfahrt vom 26. Mai 1920 der zur Abwehr dieser Angriffe, die ein Versagen der Kreisärzte auf sozialhygienischem Gebiete behaupten, eine Rundfrage bei allen Kreisärzten über ihre fürsorgerische Tätigkeit anordnet, bezeichnend vor allem, daß ein solcher Erlaß überhaupt nötig war, um die Volksvertreter, die doch sonst in allen Satteln gerecht sind, erst über unsere Tätigkeit aufzuklären. So wenig Beachtung hatte man uns bis dahin geschenkt.

Gleichwohl hätten und haben Reich und Einzelländer alle Ursache, den Stand der Medizinalbeamten zu einem zufriedenen und arbeitsfreudigen zu machen; denn die gesundheitliche Gefahr für unser Volk ist keineswegs beseitigt. Wir sind immer noch erst in den Anfängen des gesundheitlichen Wiederaufbaues; das Fundament ist kaum gelegt, sodaß man auch in Zukunft zufriedene und arbeitsfreudige Arbeiter am Bau braucht, die man sicherlich am ehesten und freudigsten im Stande der Medizinalbeamten finden wird, die durch ihre ganze Vorbildung, ihre amtliche, hygienische und fürsorgerische Schulung und ihre seit Jahrzehnten bewiesene soziale Gesinnung im besten Sinne des Wortes die Berufensten hierzu sind.

Wir erkennen dabei durchaus an, daß die bisherigen Arbeiten des öffentlichen Gesundheitswesens seit 1918 nicht ohne Erfolg gewesen sind. Auf manchen Gebieten ist ohne Zweifel eine Besserung zu bemerken:

In der Tuberkulosesterblichkeit, die 1919 auf die doppelte Höhe wie vor dem Kriege heraufgegangen war, ist 1920 und 1921 eine Abnahme zu verzeichnen. Die Säuglingssterblichkeit hat sich trotz der Ungunst der Verhältnisse — Wohnungsnot, Milchmangel, Abnahme der Stillfähigkeit — nicht über ihren Stand vor dem Kriege hinaus gesteigert.

Zahlen aus dem ganzen Staat stehen mir nicht zur Verfügung, aber Halle mit seiner großen Industrie, seiner überaus stark ausgeprägten Wohnungsnot — zurzeit über 10000 Wohnungssuchende — gibt sicher kein zu günstiges Bild. Hier starben bei der einigermaßen gleichbleibenden Bevölkerungszahl von etwa 195000 in den Jahren: 1918: 410, 1919: 438, 1920: 308 Personen an Tuberkulose, ein Rückgang von etwa 30 %. (1913 starben 220 Personen.) Die Säuglingssterblichkeit betrug in den Jahren

1913: 17,8 %	1916: 13,9 %	1919: 12,0 %
1914: 17,6 %	1917: 15,5 %	1920: 14,9 %;
1915: 15,0 %	1918: 15,1 %	

sie zeigt also zu mindest keine Zunahme und das, obwohl die Geburtenzahl seit 1918 gestiegen ist.

Nach den Berichten der Schulärzte, die hier im Jahre 1919 erschreckende Bilder von Unterernahrung und körperlicher und geistiger Leistungschwäche entrollten — sie stellten in den

Volkschulen bei 96 % der Kinder Blutarmut und bei 72 % Unterernährung, darunter bei 25 % die hochgradigste Magerkeit, bei 25 % durch Muskelschwäche bedingte Haltungsfehler, bei 17 % Rachitis und mehrere Tausend Fälle, etwa 10 %, von Skrofulose und beginnender Tuberkulose fest — soll sich auch allmählich eine Besserung des Gesundheitszustandes der Schulkinder bemerkbar machen, wenn auch alle diese Erscheinungen noch andauern und weit über das Doppelte der Prozentsätze vor dem Kriege betragen. Das Längenwachstum der Schulkinder bleibt aber immer noch beträchtlich hinter dem Durchschnitt der Jahre vor dem Kriege in allen Altersklassen zurück; die körperliche und geistige Spannkraft ist immer noch stark vermindert.

Die Geburtenziffer hat — ich kann auch hier nur Zahlen aus Halle anführen — seit 1918 zugenommen. Betrug sie in diesem Jahre 15 9, so stieg sie 1920 auf 25,6. Daß diese Steigerung aber nur eine Folge der Rückkehr der Kriegsteilnehmer war und nicht eine Folge des veränderten Volkswillens, dafür spricht ihr neues Absinken schon in diesem Jahre. Erschreckend hoch sind die Zahlen der Totgeburten, deren Prozentsatz sich auch noch seit 1918 von 2,6 % zu 4 % der Lebendgeburten 1920 steigerte. Die Schuld hieran, wie auch an den hohen Zahlen lebensschwach geborener, bald absterbender Kinder trägt neben der allgemeinen Schwäche der Mutter in erster Linie die Syphilis.

Ebenso dauern Wohnungsnot, Ungezieferplage, die Gefahr ansteckender Krankheiten, namentlich des Typhus und der Ruhr und die Gefahr der Einschleppung der Volksseuchen — Cholera, Pocken, Fleckfieber — aus dem östlichen Grenzlande immer noch an. Die Geschlechtskrankheiten fordern weiter ihre Opfer, lebende und kommende Geschlechter verderbend. In Halle werden allwöchentlich Todesfälle an erworbener oder vererbter Syphilis gemeldet. Nach der letzten Zählung gibt es allein in Preußen 127 000 in Behandlung befindliche Geschlechtskranke, damit 127 000 Infektionsquellen, die um so gefährlicher sind, als heute diese Erkrankungen, die früher zumeist vor den Toren der Familien Halt machten, bis ins Innerste der Familien gedrungen sind.

Eine starke Zunahme der Geisteskrankheiten macht sich bemerkbar, vor allem der Neurose und der Psychopathie.

Man konnte ja auch kaum erwarten, dieser Gefahren in wenigen Jahren Herr zu werden, zumal ein großer Teil ihrer Ursachen andauert. Der offene Krieg und die Feindesblockade sind freilich beendet. Aber ein heimlicher Krieg dauert an; die Paragraphen des Versailler Vertrages mit seinen Bestimmungen über Vieh- und Kohlenlieferungen und den Sanktionen sind fast so verderblich wie die Hungerblockade. Der Mißbrauch von Alkohol und Tabak nimmt von Tag zu Tag zu. Ein Teil des Volkes hungert immer noch; es fehlt an Milch und Fett, Kartoffelnot droht im kommenden Jahre.

Grund genug, für unser öffentliches Gesundheitswesen auch weiterhin zu sorgen und zu sinnen, wie diesen Gefahren entgegenzutreten sei.

Wir, die wir uns immer noch trotz aller Anfeindungen mit Stolz staatliche Gesundheitsbeamte nennen, sind berufen zu helfen. Daß wir den Willen dazu haben, mit Rat und Tat, im Amt und Nebenamt, für die Gesundung unseres Volkes einzutreten, hätte die Allgemeinheit aus den Verhandlungen früherer Hauptversammlungen und der Versammlungen der einzelnen Provinzial- und Bezirksvereinigungen sehen können, die in unserer Zeitschrift veröffentlicht sind, aus den Veröffentlichungen einzelner unserer Mitglieder und aus unserer amtlichen Tätigkeit in Stadt- und Landkreisen. Sie hats nicht sehen wollen.

Wir wollen es ihr daher auch heute noch einmal in dieser Versammlung in aller Deutlichkeit sagen und wollen in Zukunft dem Rate Bornträgers in Nr. 15 der Zeitschrift für Medizinalbeamte vom 5. August 1921 folgen, wollen aus unserer Zurückhaltung, die uns das alte preußische Beamtentum anerzogen hatte, heraustreten und die Oeffentlickeit für unsere Sache, die ja auch die Sache der Oeffentlichkeit und des Volkes ist, durch Aufklärung der Volksvertretungen und Veröffentlichungen in den Tageszeitungen in Anspruch nehmen (Allseitige Zustimmung).

Da ist zuerst eine Vorfrage zu klären:

Sind wir denn überhaupt noch die berufenen Vertreter des Staatsgesundheitswesens und der Gesundheitspflege, die eine Berechtigung und Befähigung haben, Wünsche zu äußern, Vorschläge zu machen und Forderungen zu stellen für eine Fortbildung des staatlichen Gesundheitswesens?

Sie wissen ja alle, daß man uns im Parlament von gewisser Seite die Berechtigung abgestritten hat. Die Kreisärzte sollen in der sozialen Hygiene versagt haben. Man wirft uns Mangel an Tatkraft auf diesem Gebiete modernster Medizin vor. Nun, wir sind „Undäg“ gewohnt, wie man plattdeutsch sagt. Es ist noch nicht allzu lange her, da warf man uns im Parlament von anderer Seite einen allzu großen Tatendrang vor. Heute zu wenig, damals zu viel Fürsorge für die Volksgesundheit! Woher kommt das? Weil man unser Wirken viel zu wenig kennt. (Sehr richtig!) Ich erinnere Sie an die Veröffentlichung Kühnleins in eben jener Nummer 15 der Medizinalbeamtenzeitung und an den westpreußischen Kreisarzt, das sozial-hygienische Mädchen für alles, wie es im Buche steht. So geht's nicht ihm allein, so geht es den meisten unserer Kollegen, ein Kreisarzt ohne sozialen Sinn ist ein Unding!

Als im Jahre 1917 eine erhöhte Fürsorgetätigkeit einsetzte, waren es die zuhausegebliebenen Kreisärzte, die trotz Verwaltung mehrerer Kreisarztbezirke und stärkster militärärztlicher Nebenbeschäftigung überall die Fürsorgestellen einrichteten. Eine Umfrage bei einer Anzahl von Kreisärzten (75) aus den

verschiedensten Landesteilen, aus Stadt- und Landkreisen, hat ergeben, daß fast 100 % der Kreisärzte in der Fürsorge leitend oder ausübend tätig sind. 40 % der Kreisärzte sind Stadtärzte oder Kommunalärzte im Nebenamt. In 80 % der Kreise sind Wohlfahrtsämter eingerichtet, in denen die Kreisärzte die Abteilung des Gesundheitsamtes leiten und an deren Zustandekommen sie zu allermeist ausschlaggebend beteiligt waren und sind.

Die Tatsachen sprechen eine andere Sprache als der kreisarztfeindliche Parlamentarier.

Dazu kommt, daß ein großer Teil der Kreisärzte, die ja, — ich erinnere hier an ein Wort Fraenkens auf dem ersten internationalen Tuberkulosekongreß zu Berlin — gewissermaßen die leichte Kavallerie der hygienisch-bakteriologischen Streitmacht waren, der Vortrupp zum Aufspüren der Schäden und die alle in der Schule der natürlichen Hygiene und bakteriologischen Wissenschaft erzogen waren, sich nicht ohne weiteres auf den Gedanken einstellen konnten und können, daß die soziale Hygiene eine ganz neue Wissenschaft sei, bestimmt, die alte Hygiene in ihrem Einfluß auf die Volksgesundheit abzulösen, und daß ihnen zumeist der Sinn dafür fehlte, ihr Adeptentum und ihre Leistungen in dieser Wissenschaft orbi und urbi mit dem nötigen Nachdruck zu verkünden. (Sehr richtig!)

Sie wissen am besten, was wir der natürlichen Hygiene und Bakteriologie verdanken, ohne die eine erfolgreiche Fürsorgetätigkeit gar nicht möglich gewesen wäre und sind doch die ersten gewesen, wie schon Rapmund wiederholt erklärt hat, die an der Hand der Vorschriften ihrer Dienstanweisung praktische Fürsorge und soziale Hygiene auf allen Gebieten trieben. Sie sind so die Geburtshelfer der neuen Wissenschaft geworden; als man aber das Kind aus der Taufe hob und ihm den Namen „soziale Hygiene" gab, da gedachte man des guten Docktors nicht mehr, ihm gings, wie es dem Arzt so oft im Leben geht. (Bravo!)

Und trotz alledem haben sich die Kreisärzte mit Eifer und Verständnis der Fürsorgetätigkeit und sozialen Hygiene angenommen, dafür sprechen die Zahlen meiner Umfrage, die ich ihnen oben nannte. Den Weg gehts anders herum.

Der Kreisarzt ist nicht Verächter, sondern der berufene und willige Förderer der sozialen Hygiene, aber es besteht die Gefahr, daß der soviel gebrauchte und mißbrauchte Name der „sozialen Hygiene" zu einem politischen Schalgwort wird. Caveant consules!

Ich scheue mich fast, noch mehr von unserem Stande zu sprechen, aber es ist nötig zur Begründung meiner späteren Forderungen.

Und dann, wenn es hier und da einem Kreisarzt einmal nicht möglich war, sich so kräftig, wie er es wohl gewollt hätte, den neuen Anforderungen an sein Amt und sein Können anzupassen, so lag es zumeist an der Unzulänglichkeit

seiner Stellung. Das, was ich jetzt sage, trifft mit gewissen Einschränkungen und Aenderungen auch für die Medizinalbeamten in der Bezirksinstanz und nicht nur in Preußen, sondern auch in anderen Ländern zu.

Die meisten Kreisärzte sind nicht einmal vollbesoldete, wohl aber mit wenigen Ausnahmen vollbeschäftigte Staatsbeamte. Sie dürfen sich zu ihrem unzureichenden Gehalt Mehreinnahmen durch ärztliche Praxis schaffen; es fehlt ihnen aber zu allermeist die Zeit, oft auch die Gelegenheit dazu.

Den vollbesoldeten Kreisärzten rechnet man ihre Nebeneinnahmen aus vertrauensärztlicher Tätigkeit nach; man vergißt aber, daß ein großer Teil dieser für den Dienstaufwand draufgeht, dessen staatliche Entschädigung viel zu gering ist und auch nach Annahme des neuen Etats bleiben wird. Man beachtet nicht, daß die Kreisärzte erst sehr spät, in Preußen durchschnittlich mit dem 38. Lebensjahre, anderswo in noch höherem Lebensalter, überall also viel später als andere Beamte, ins Amt und damit niemals in den Genuß ausreichender Ruhegehälter kommen, zumal auch bei ihnen die Zwangspensionierung mit dem 65. Lebensjahre eintritt. (Sehr richtig!)

Ich wage hier ferner die Behauptung, daß die vertrauensärztlichen Einnahmen alle in Ueberstunden verdient werden, denn der gesetzliche Normalarbeitstag ist für die Medizinalbeamten eine Unmöglichkeit und wird es bleiben. (Allseitige Zustimmung.)

Man läßt die Kreisärzte und Gerichtsärzte Gebühren abliefern, die es vor allem den Gerichtsärzten erst ermöglichen, sich dauernd für ihr schweres, verantwortungsreiches Amt in Ausstattung und Ausbildung auf dem Laufenden zu halten.

Der Kreisarzt ist auch heute noch, obwohl er ja nicht so recht brauchbar sein soll, der immer bereitwillige Helfer in aller gesundheitspolizeilichen und sozialhygienischen Verlegenheit. Seine Arbeit hat außerordentlich zugenommen, seine Tätigkeit, namentlich seine Bürotätigkeit, hat sich seit der Zeit vor dem Kriege verdoppelt; er muß eine Menge statistischer Anfragen beantworten, deren Beantwortung oft sehr schwer, oft gar unmöglich ist, weil die Anzufragenden oft keinerlei gesetzlichen und moralischen Zwang zur Beantwortung in sich fühlen. Dabei ist er vollkommen auf sich gestellt, ohne Büro, ohne eingearbeitete Hilfen und auch noch in vielen Kreisen vielfach ohne Unterstützung eines Gesundheitshelfers. Alles ruht auf ihm; er muß ein gut Teil nicht ärztlicher Verwaltungsarbeit verrichten und dabei seine Zeit und Kraft an minderwertiger Schreib- und Registraturarbeit verzetteln, unter der seine hochwertige, eigentliche Berufsarbeit auf die Dauer leiden muß. (Sehr richtig!)

Und dann kommt zum Schlusse noch eins hinzu: Dem Medizinalbeamten fehlt die Ausführungsbefugnis; er darf nur im Notfall Anordnungen treffen, ist nur öffentlicher Berater und in seinem Rate ganz und gar auf die Einsicht

und den guten Willen der zu Beratenden und der Ortspolizeibehörde angewiesen; diese sind aber nicht überall und nicht jederzeit vorhanden, ganz abgesehen davon, daß es oft an Mitteln zur Erfüllung seiner Ratschläge fehlt.

Außer den Angriffen hat die Gefahr der Kommunalisierung die Kreisärzte beunruhigt. Sie sind nach einer Umfrage zu 100% Gegner der Kommunalisierung, durch Städte sowohl, wie durch Kreise, da sie mit Recht aus einer solchen den Verlust ihrer Bewegungsfreiheit und ihres unparteiischen amtlichen Einflusses befürchten. Sie stehen nicht allein mit dieser Annahme; hat doch schon früher einmal einer der führenden Herren im Verein für öffentliche Gesundheitspflege, meines Wissens ein Oberbürgermeister, das Gehalt der Kreisärzte, das sie von den Gemeinden bekommen, allerdings so halb im Scherz, ein „Schweigegeld“ genannt.

Es liegt also dort, wo es mit dem Fortschritt der zozialen Hygiene und des öffentlichen Gesundheitswesens noch nicht recht vorangeht, nicht am Willen und wissenschaftlichen Können der Medizinalbeamten, sondern zu allermeist an Hemnissen, die in seiner Stellung und in seiner Umgebung liegen, an der objektiven, nicht subjektiven Beschränkung seiner Tatkraft und seiner Mittel. (Bravo!)

Diesem Fehler ist aber nur durch einen grundlegenden Um- und Ausbau des öffentlichen staatlichen Gesundheitswesens im Sinne der Solbrig-Dohrnschen Forderungen der Hauptversammlung vom 25. Oktober 1919 abzuhelfen.

Ich will mich nun meinerseits, nachdem ich die Begründung im Kern in den vorigen Ausführungen gegeben habe, auf eine Darstellung meiner Vorschläge in grossem Umrisse bescheiden, da eine Schilderung im einzelnen den Rahmen eines Vortrages bei weitem überschreiten würde.

Zuerst: Die Bekämpfung ansteckender Krankheiten ist durch das Reich zu regeln. Dies ist nach der Verfassung möglich und dient der Vereinheitlichung der gesetzlichen Bestimmungen, die für die Bekämpfung übertragbarer Krankheiten durchaus nötig ist; denn die Seuchen machen nicht an Stadt- und Landesgrenzen halt. Das dabei die persönlichen und sachlichen Eigenheiten der einzelnen Bundesstaaten vor allem in der Ausführung nach Möglichkeit Berücksichtigung und Schonung finden müssen, ist bei der Zusammensetzung unseres Reiches und den Stammeseigentümlichkeiten seiner Einzelstaaten selbstverständlich.

Da man die Einrichtung eines Reichsgesundheitsministeriums abgelehnt hat, so fordern wir die Bildung eines Reichsgesundheitsamtes als vollständige selbständige Abteilung des Reichsministeriums des Innern mit einem ärztlichen Unterstaatssekretär an der Spitze und der nötigen Anzahl ärztlicher Referenten. Dem Reichsgesundheits-

amt gehört die gesamte Medizinal- und Sanitätspolizei und das gesamte Fürsorgewesen.

Die Gesundheitspolizei ist von der politischen vollkommen zu trennen. Die Organe des Gesundheitsamtes in allen Instanzen sind mit Verordnungs- und Ausführungsrecht auszustatten.

Dementsprechend sind in den Ländern Landesgesundheitsämter, unter diesen in den grossen Ländern Provinzial- bezw. Bezirksgesundheitsämter und endlich überall Kreisgesundheitsämter, alle mit einem ärztlichen Leiter, einzurichten.

Der Leiter des Kreisgesundheitsamtes ist der Kreisarzt. Als Leiter der höheren Instanzen sind gemeinhin Medizinalbeamte zu bestellen, die durch die Stufen der Kreisassistenzärzte — Medizinalassesoren und Kreisärzte — Medizinalräte gegangen sind.

Die Kreisärzte bleiben staatliche Beamte, da ihre Unabhängigkeit von örtlichen Behörden und Gewalten auf jeden Fall gewahrt werden muß.

Die Kreisärzte sind soweit als nötig auch verwaltungsrechtlich und verwaltungstechnisch vorzubilden. Jeder Stellenanwärter — Medizinalassessor — ist vor seiner Anstellung in der Kreis- und Bezirksinstanz mindestens je 1 Jahr zu beschäftigen.

Für die Gesundheitsämter ist die nötige mittlere Beamtenschaft — Gesundheitshelfer und Gesundheitsfürsorgerinnen — heranzubilden und bereit zu stellen. Endlich ist jedem Kreisgesundheitsamt mindestens ein festangestellter Bürobeamter zuzuteilen.

Den Gesundheitsämtern der verschiedenen Instanzen sind Gesundheitsräte beizuordnen, deren Zusammensetzung zweckmäßigerweise entsprechend derjenigen der Ausschüsse für hygieniche Volksbelehrung in Preußen gestaltet wird.

Ich bin mir sehr wohl bewußt, daß die Durchführung dieser Vorschläge auf nicht geringe Schwierigkeiten stossen wird, aber ich halte es für meine Pflicht, auch heute wieder auf diese alte Forderung unseres Vereins zurückzukommen, da die Not der Zeit dringend ein durchaus selbständiges, fachärztlich geleitetes, von bürokratischen und juristischen Hemmungen befreites Gesundheitswesen fordert.

Ich bin mir ferner bewußt, daß hinsichtlich der Stellung der Medizinalbeamten, nicht nur in Preußen, sondern in allen deutschen Ländern, eine sofortige Aenderung nötig ist, die nicht bis zu einer zwar zu hoffenden oder doch immerhin vorerst noch unsicheren Gesamtregelung in diesem Sinne hinausgeschoben werden darf, und alles, was ich hier inbezug auf preußische Verhältnisse sage, gilt cum grano salis auch für die übrigen Länder.

Ich kann mich hier nach der vorangegangenen Begründung kurz fassen. Die Referenten der Bezirksinstanzen, die jetzigen Regierungs- und Medizinalräte, erhalten die Amtsbe-

zeichnung „Oberregierungsrat" und gehören der Besoldungsklasse XII, zu einem Drittel der Besoldungsklasse XIII an.

Die *Kreisärzte* und *Gerichtsärzte* bleiben *Staatsbeamte und werden alle vollbesoldet*. In den Antworten auf meine Umfrage haben sich nur 10 Kreisärzte gegen die Vollbesoldung alle gegen eine Kommunalisierung der Kreisärzte in jeglicher Form ausgesprochen. Die Kreisärzte sind die Leiter der Kreisgesundheitsämter und erhalten zur Entlastung von Schreib- und Registraturarbeit ein kreisärztliches bezw. gerichtsärztliches Büro mit mindestens einem Büroangestellten männlichen oder weiblichen Geschlechtes. Der Bürobedarf wird auf staatliche Kosten beschafft. Die vom Kreise bestellten Gesundheitshelfer oder Fürsorgerinnen sind dem Kreisarzt unterstellt. Die Kreisärzte sind in die Besoldungsklasse XI und zu $^1/_3$ in die Besoldungsklasse XII einzureihen. Sie erhalten die Amtsbezeichnung „Medizinalrat" bezw. zu einem Drittel „Obermedizinalrat".

Die *Gerichtsärzte* sind im Grundsatz ebenso zu behandeln. Gerichtsärztliche Gebühren sind nicht an die Staatskasse abzuführen.

Die *Kreisassistenzärzte* sind in jedem Falle sowohl in der Kreis-, als auch in der Bezirksinstanz zu beschäftigen. Sie erhalten die Amtsbezeichnung „Medizinalassessor".

Das *pensionsfähige Dienstalter* aller Medizinalbeamten ist für die Berechnung der Besoldungs- und Ruhegehälter so festzusetzen, daß ein angemessener Teil der Hochschulvorbildung und der vor der Anstellungsfähigkeit gesetzlich festgelegten praktischen Tätigkeit, wie bei anderen Beamtenklassen, mit in Anrechnung kommt.

Es sind in jedem Landgerichtsbezirk *Gerichtsärzte* anzustellen.

Die Anstellung der beamteten Aerzte geschieht nur nach den Gesichtspunkten wissenschaftlicher und amtlicher Befähigung. Der *Standesvertretung der Medizinalbeamten*, verkörpert in den Medizinalbeamtenvereinen, ist vor Erlaß jedes das öffentliche Gesundheitswesen betreffenden Gesetzes Gelegenheit zur Stellungnahme zu geben.

Beamtete Aerzte, die nicht der Zentralinstanz angehören, sollen Sitz und Stimme im Landesgesundheitsrat haben.

Lassen Sie mich nun noch in kurzen Zügen das ganze Gesundheitswesen durchgehen und auch hier unsere Wünsche mit wenigen Strichen zeichnen, die wir hinsichtlich der einzelnen Abteilungen haben.

Wir wenden uns gegen die *Sozialisierung des Aerztestandes* aus wissenschaftlichen und wirtschaftlichen Gründen. Demzufolge sind wir auch für eine Befreiung des Aerztestandes aus der Abhängigkeit der Krankenkassen insofern, daß sie den Kassenangehörigen als freipraktizierende Aerzte gegenübergestellt werden.

Wir sind auch gegen die Mitwirkung der ärztlichen Vereinigungen bei der Besetzung amtsärztlicher Stellen, obwohl wir den guten Zweck, die Besetzung nach politischen Gesichtspunkten zu hindern, anerkennen. Der Staat muß hier in seinen Entschließungen frei bleiben, der Amtsarzt darf nicht abhängig werden von nicht staatlichen Körperschaften.

Wir sind für eine Apothekenreform im Sinne der alleinigen Erteilung von Personalkonzessionen. Privilegien und Realkonzessionen sind angemessen abzulösen.

Die Abgabe und der Handel mit Opiaten und Kokain ist unter strengere Bestimmungen zu stellen. Die Abgabe in Apotheken auf Rezepte unbekannter, namentlich auswärtiger, unerreichbarer Aerzte ist zu verbieten.

Das Hebammenwesen ist gesetzlich zu regeln. Längere Ausbildungszeit und Unterricht in Säuglingspflege, angemessenes Einkommen und Altersversorgung sind zu fordern. Die Freiheit der Hebammenwahl muß soviel als möglich erhalten bleiben. Die Zahl der Hebammen ist zu beschränken, die Beaufsichtigung durch den Kreisarzt muß bestehen bleiben.

Für das niedere Heilpersonal und die Fürsorgerinnen und Wohlfahrtspflegerinnen ist eine Meldepflicht einzuführen.

Da es aussichtslos erscheint, auf gesetzlichem Wege ein Kurpfuschereiverbot zu erlangen, so ist wenigstens eine strenge Aufsicht des Kurpfuschertums notwendig.

Was das Wohnungswesen betrifft, so ist der zunehmenden Herabsetzung der Anforderungen an gesundes Wohnen Einhalt zu tun. Die Erfahrung hat wohl gezeigt, daß die bisher geübte gesetzliche Regelung des Wohnungswesens, die zum Teil im vollen Widerspruch zur Reichsverfassung steht, mit Rationierung, Zwangseinmietungen, Bau von Notwohnungen und Zuweisung unzureichender Bauzuschüsse im allgemeinen versagt hat. Die Ermöglichung von Neubauten und umfangreiche Siedelungen können den hygienischen Anforderungen entsprechend gestaltet werden.

Der zunehmende Alkoholismus und Tabakmissbrauch vor allem unter der Jugend fordert die reichliche Unterstützung von Enthaltsamkeits- und Mäßigkeitsvereinen und die Herausgabe strenger Bestimmungen für die Herstellung und die Abgabe von alkoholischen Getränken. Brot-Getreide und Kartoffeln sind in weitestem Umfange der menschlichen Ernährung zuzuführen. Ihr Gebrauch zur Herstellung von Trinkbranntwein ist zu verbieten.

Die Desinfektionsordnung bei übertragbaren Krankheiten ist dahin zu ändern, daß dem verantwortlichen Kreisarzt in jedem Fall der Zutritt zu den Kranken gestattet ist. Für die 5% Sublimatlösung bei der Desinfektion tuberkulösen Sputums ist 5% Alkalilysollösung einzuführen.

Die Anmeldepflicht für jede offene Tuberkulose und für ansteckende Geschlechtskrankheiten ist einzuführen, da der Nutzen der Erfassung möglichst vieler Fälle

entschieden den Schaden etwaiger Verheimlichung aus Scheu vor der Oeffentlichkeit und vor den aus der Anzeige entstehenden Unbequemlichkeiten überwiegt. Es ist ein vermehrtes Gewicht auf die Absonderung unheilbar mit offener Tuberkulose Behafteter zu legen, und auf die Entfernung Gesunder, von Tuberkulose Bedrohter aus tuberkulösen Familien.

In engem Zusammenhang hiermit steht die notwendige Regelung des Prostitutionswesens, die immer noch der Erledigung entbehrt, und die vor allem nach gesundheitlichen Gesichtspunkten geschehen muß und daher nicht immer der zwangsweisen Vorführung, Untersuchung und Behandlung wird entraten können.

Die Erhaltung des § 175 des Unzuchtparagraphen des Strafgesetzbuches ist auch im Interesse der Volksgesundheit ein dringendes Erfordernis.

Das Impfgesetz ist in vollem Umfange zu erhalten.

Die Anstellung von 5 Landesgewerbeärzten in Preußen, die im Etat vorgesehen ist, begrüßt der Medizinalbeamtenverein freudig. Eine größere Beteiligung der Aerzte bei der Gewerbeaufsicht ist dringend notwendig.

Die Anstellung eines Schularztes haupt- oder nebenamtlich ist für jede Schule festzulegen. Krippen und Kleinkinderschulen bedürfen in jedem Falle ärztlicher Ueberwachung.

Der hygienische Unterricht muß in den Oberklassen jeder Schule Zwangslehrfach werden.

In dem durch das Reichsjugendwohlfahrtsgesetz vorgesehenen Jugendamte muß entsprechend dem Sinn und Zweck des Gesetzes den beamteten Aerzten die Berechtigung gegeben werden, nicht nur an allen Sitzungen des Jugendamtes mit beratender Stimme teilzunehmen, sondern unter Umständen auch die Möglichkeit, Leiter des Jugendamtes zu werden, Berechtigungen, die dem Vormundschaftsrichter von vornherein zuerkannt sind.

Die Sorge für die Erzeugten hat schon vor ihrer Zeugung, d. h. bei Schließung der Ehe zu beginnen. Es ist bei Eingehung jeder Ehe ein Gesundheitszeugnis für jeden der beiden Teile zu fordern, das bei Bestehen übertragbarer Tuberkulose, Geschlechtskrankheiten, vererbbarer Geistes- und Nervenkrankheiten ein dauerndes oder zeitliches Eheverbot gestattet. Die von Aerzten ausgestellten Zeugnisse sind einem Vertrauensarzt als Eheberater vorzulegen. Als Eheberater kommt der Kreisarzt in Betracht.

In dem Kampf gegen die §§ 218 bis 220 des St.G.B., welche die Abtreibung und Tötung der Leibesfrucht und die Beihilfe dazu unter schwere Strafen stellen, hat sich die Medizinalverwaltung mit Entschiedenheit auf die Seite derjenigen zu stellen, die diese Bestimmungen beibehalten wissen wollen.

Entsprechend dem Krüppelgesetz vom 20. Mai 1920 ist auch ein Gesetz für geistige Krüppel, Psychopathen, zu erlassen, das die Behandlung dieser und ihre Unterbringung in Psychopathenheimen zur Pflicht macht.

Die ärztliche Pflichtleichenschau ist im Interesse der Bekämpfung übertragbarer Krankheiten, vor allem auch der Tuberkulose, überall gesetzlich einzuführen. Sie ist bei der jetzt so dichten Besetzung des Landes mit Aerzten durchführbar.

Es ist dies nach den Forderungen, die wir in erster Linie an eine Neu- und Umgestaltung des ganzen staatlichen Gesundheitswesens gestellt haben, noch eine reiche Blütenlese einzelner Wünsche auf medizinalpolizeilichem, sanitätspolizeilichem und fürsorgerischem Gebiet, und doch habe ich nur das Hauptsächlichste herausgegriffen.

Ich habe auch hier Fürsorge und Sanitätspolizei nicht trennen können, möchte aber zum Schluß in Bezug auf die Fürsorge noch einiges von dem Gesagten unterstreichen und zusammenfassen.

Daß die Kreisärzte durch Vorbildung, Erfahrung und Gesinnung geeignet sind, Fürsorge auszuüben und in ihrem Amtsbezirk zu leiten, war schon früher gesagt. Sie sind aber auch vermöge ihrer Kenntnis des ganzen Gesundheitszustandes und der örtlichen hygienischen Verhältnisse ihres Kreises, durch Kenntnis der Krankheits- und Todesfälle an Infektionskrankheiten der geeignetste Mittelpunkt, in dem alle Fäden der Fürsorgebestrebungen zusammenlaufen müssen. Nur mit ihrer Hilfe können die zu Befürsorgenden restlos erfaßt werden. Sie können die gegenseitige Meldung zwischen den einzelnen Zweigen der Fürsorge vermitteln und werden am besten eine überflüssige und doppelte Befürsorgung verhindern können.

Und dann zum Schluß die soziale Hygiene, deren Tätigkeit auf dem Gebiete des Besserns und Vorbeugens bei Kranken und Krankheitsbedrohten so schöne Erfolge gezeitigt hat, muß in Zukunft noch mehr als bisher ihre Sorge dem körperlich wertvollsten Teile des Volkes zuwenden, den Gesunden! Hierher gehört manches, was ich vorher gesagt habe.

Aber auch Turnen, Sport und Spiel müssen noch mehr als bisher der Ertüchtigung aller Kreise unseres Volkes dienen. Die Errichtung von geeigneten Plätzen für diese Betätigung und die Bereitstellung der nötigen Hallen und Apparate sollte jeder Gemeinde zur Pflicht gemacht werden.

Noch mehr als bisher muß die Lehre der Pflicht zur Gesundheit, der gesundheitlichen Verantwortlichkeit nicht nur für sich selbst, sondern auch für seine Nachkommen durch Auswahl bei der Ehe nach rassenhygienischen Grundsätzen in aller unserer Volksgenossen, namentlich der Jugendlichen, Geist und Herz gepflanzt werden.

So bin ich denn am Ende meiner Ausführungen. Ich habe Ihre Zeit über Gebühr lange in Anspruch nehmen müssen;

denn der Stoff, der mir gegeben war, ist ein gar umfangreicher. Wenn in diesem oder jenem von Ihnen meine Ausführungen hier und da Widerspruch erweckt haben, so möge er wenigstens das bedenken, daß sie alle gemacht sind aus dem guten Willen heraus, unserem gesundheitlich darniederliegenden Volke in erster Linie, dann aber auch unserem Stande zu helfen. In diesem Ziele wenigstens sind wir, glaube ich, alle einig!

(Lebhafter Beifall!)

Leitsätze.

1. Die öffentliche Gesundheitspflege und die Medizinalverwaltung im Deutschen Reiche und in den Einzelstaaten haben zur Mehrung der Volkskraft und Volksmenge und zur Behebung der durch den Krieg, die Hungerblockade und Seucheneinschleppung bedingten gesundheitlichen Schädigungen des deutschen Volkes auf einzelnen Gebieten, namentlich in der Bekämpfung übertragbarer Krankheiten und auf dem der Fürsorge und sozialen Hygiene eine rege und erfolgreiche Tätigkeit entfaltet. Wir sind im allgemeinen von größeren Seucheneinbrüchen verschont geblieben, ein Rückgang der Tuberkulose und der Säuglingssterblichkeit, sowie der Ernährungsstörungen ist seit 1919 zu verzeichnen.

2. Das Fortbestehen der meisten Kriegsschäden aber, der immer noch stark erhöhten Tuberkulose-Sterblichkeit, der Vermehrung der Geschlechtskrankheiten, der Geburtenabnahme, der körperlichen Minderwertigkeit und damit im Zusammenhang stehenden geistigen Leistungsschwäche der Jugend, sowie der wieder zunehmende Mißbrauch von Alkohol und Tabak, die Ungezieferplage und Ungeziefergefahr und das drohende Eindringen der Volksseuchen machen auch weiterhin eine erhöhte Aufmerksamkeit und Tätigkeit auf dem Gebiete des öffentlichen Gesundheitswesens nötig.

3. Staat und Gemeinden in enger Zusammenarbeit mit weltlichen und kirchlichen Körperschaften und mit berufenen Einzelnen werden daher auch in Zukunft und noch auf viele Jahre hinaus der öffentlichen Wohlfahrtspflege mit allen Gebieten der Fürsorge und sozialen Hygiene und der gesundheitlichen Belehrung in verstärktem Maße Kraft und Mittel zuwenden müssen. Sie werden bei aller dieser Tätigkeit der ärztlichen und vor allem der amtsärztlichen Leitung und Beratung nicht entraten dürfen.

4. Diese fürsorgerische und aufklärende Tätigkeit, deren Erfolg immer mehr oder minder von dem guten Willen der zu Befürsorgenden abhängig bleibt, genügt jedoch allein nicht, um die gesundheitlichen Schäden unseres Volkes zu heilen und uns die verlorene Volksgesundheit wieder zu geben. Es sind dazu auch gesetzgeberische Maßnahmen nötig mit einer Aus- und Umgestaltung des öffentlichen Gesundheitswesens in Reich und Einzel-

ländern an Haupt und Gliedern in dem Sinne, daß er frei gemacht wird von dem hemmenden Einfluß anderer Verwaltungszweige und mit eigener Vollziehungsberechtigung unabhängig von Ordnungs- und Strafpolizei ausgestaltet wird.

5. Unter Beibehaltung der Selbständigkeit der Gesundheitsverwaltung in den einzelnen Ländern ist ein Rahmengesetz für die Organisation des Gesundheitswesens vom Reiche zu erlassen, um dadurch die Einheitlichkeit auf diesem Gebiete sicher zu stellen.

6. Es sind in den einzelnen deutschen Staaten Landesgesundheitsämter zu schaffen, denen in den größeren Ländern noch Bezirks- oder Provinzialgesundheitsämter und überall Kreisgesundheitsämter zu unterstellen sind.

Alle Aemter erhalten einen ärztlichen Leiter, der staatlicher Beamter ist und Verordnungs- und Ausführungsrecht hat.

7. Die Kreisärzte sind nach Vorbildung, Erfahrung und sozialer Gesinnung und durch ihre amtliche Tätigkeit berufene Leiter der fürsorgerischen und sozial-hygienischen Einrichtungen ihres Amtsbezirkes.

8. Die fürsorgerischen Bestrebungen haben noch mehr als bisher ihr Augenmerk auf die Erzeugung und Erhaltung des körperlich wertvollsten Teils der Bevölkerung, der Gesunden, zu richten. Hygienische Belehrung, in erster Linie Verbreitung der Lehren der Rassehygiene, Wohnungsfürsorge, Turnen, Sport und Spiel müssen daher eine immer erhöhte Förderung erfahren. Den Gemeinden muß die Gewährung von Mitteln, Plätzen und Einrichtungen hierfür zur Pflicht gemacht werden.

9. Aber schon vor und bis zur Durchführung dieser Forderungen bedarf die Stellung der Medizinalbeamten in der Bezirks- und Kreisinstanz in allen Ländern einer durchgreifenden Besserung:

Die Medizinalbeamten der Bezirksinstanz, die Regierungs- und Medizinalräte, erhalten die Amtsbezeichnung „Oberregierungsrat“ und sind der XII. Gehaltsklasse zuzuteilen. $^1/_3$ von ihnen rückt in die Gehaltsklasse XIII auf. Die Kreis- und Bezirksärzte erhalten die Bezeichnung „Kreisarzt und Medizinalrat“ bezw. „Obermedizinalrat“; sie sind der XI. Gehaltsklasse zuzuteilen, $^1/_3$ von ihnen rückt in die XII. Gehaltsklasse auf. Die Gerichtsärzte und die Direktoren der Medizinaluntersuchungsämter sind den Kreisärzten gleichzustellen.

Wir weisen die Amtsbezeichnung „Kreismedizinalrat“ für die Kreisärzte entschieden zurück, weil wir sie für irreführend und minderwertig gegenüber der Amtsbezeichnung Regierungsmedizinalrat der Versorgungsärzte halten müssen.

Die Kreisassistenzärzte erhalten die Amtsbezeichnung „Medizinalassessor“.

Alle Kreisärzte werden vollbesoldet, ihnen ist ein kreisärztliches Büro oder mindestens eine angemessene Dienst-

aufwandsentschädigung, welche die entstehenden Kosten deckt, zu gewähren.

Gerichtsärztliche Gebühren sind nicht an die Staatskasse abzuführen.

Für das Dienstalter der Medizinalbeamten zur Berechnung der Besoldungs- und Ruhegehälter ist ebenso wie bei anderen Beamten und Sanitätsoffizieren ein angemessener Teil des Hochschulstudiums und der für die Prüfung und Anstellung vorgeschriebenen praktischen Tätigkeit anzurechnen. Die Standesvertretung der Medizinalbeamten, die Medizinalbeamtenvereine, sind vor Herausgabe eines jeden, das öffentliche Gesundheitswesen betreffenden Gesetzes zu hören.

Aussprache.

H. Obermedizinalrat Dr. **Koestlin**, Stadtdirektionsarzt in Stuttgart: H. Med.-Rat Dr. Bundt hat in den Schlußsätzen seines Referats auch die vielumstrittene Frage der Amtsbezeichnung der Medizinalbeamten gestreift; ich möchte auf diese hier nicht näher eingehen, da wir mit einer eingehenden Erörterung hierüber bei unserer heutigen Tagung wohl nicht fertig werden würden; ich möchte mir aber im Auftrage unseres Württembergischen Medizinalbeamtenvereins erlauben, einen Antrag zu stellen, der unsere Stellungnahme zu der der neugeschaffenen Versorgungsärzte betrifft und folgenden Wortlaut hat:

„Die Titel Medizinalrat, Regierungsmedizinalrat und Obermedizinalrat sind bisher im ganzen Deutschen Reiche nur älteren, in ihrem Amt verdienten Medizinalbeamten vorbehalten gewesen; seit Errichtung der militärischen Versorgungsämter ist aber auch den etwa 800 bei diesen angestellten, meist jüngeren früheren Militärärzten sofort bei ihrer Anstellung die Amtsbezeichnung Regierungsmedizinalrat und Oberregierungsmedizinalrat verliehen worden. Durch diese Entwertung einer früher als besondere Auszeichnung angesehenen Titulatur fühlen sich die im Zivildienst angestellten Medizinalbeamten in ihrem Ansehen sowohl den Behörden, als der Bevölkerung gegenüber geschädigt; sie erlauben sich deshalb, an die Reichsregierung die Bitte zu richten, es möge den Aerzten der Versorgungsämter eine, sich von den übrigen Medizinalbeamten unterscheidende und deren wohlverdienten Rechten entsprechend Rechnung tragende Amtsbezeichnung verliehen werden."

In Anbetracht dessen was unser verehrter Herr Vorsitzender in seiner gestrigen Eröffnungsrede in dieser Hinsicht gesagt hat, erübrigt sich wohl eine weitere Begründung dieses Antrags; mit vollem Recht hat er betont, daß die deutschen Medizinalbeamten mit Staunen und Unwillen von dieser Titelverleihung Kenntnis genommen haben und daß sich ihrer deshalb eine allgemeine Verdrossenheit darüber bemächtigt habe; ich habe diesen zutreffenden Worten meinerseits nichts weiter beizufügen. Der Preußische Medizinalbeamtenverein ist bereits in dieser Sache bei dem preußischen Ministerium für Volkswohlfahrt vorstellig geworden; er hat aber bis jetzt hierüber noch keinen befriedigenden Bescheid bekommen. Auf der diesjährigen Versammlung des Württembergischen Medizinalbeamtenvereins ist diese Frage auch zur Erörterung gekommen und zwar aus Anlaß eines besonderen Falles, in dem sich ein Kollege beschwerte, weil er sich durch die Verleihung als Regierungsmedizinalrat an einen in seinem Bezirk ansässigen Versorgungsarzt auch materiell geschädigt sah. Wir haben aber in dieser Sache nichts weiter tun können, weil das württembergische Ministerium des Innern in der Sache ebensowenig zuständig ist, als das preußische; denn es handelt sich um eine Frage, die nur von einer Reichsbehörde entschieden werden kann. Ich bitte deshalb, daß dieser Antrag durch den Deutschen Medizinalbeamtenverein bei der Reichsregierung gestellt wird (Beifall).

H. Kreisarzt Dr. **Kühnlein-Merseburg**: Wenn man die Ausführungen des Herrn Kollegen Bundt gehört hat und sich der Versammlung in Weimar im Jahre 1919 erinnert, so darf nicht unerwähnt bleiben, daß H. Geheimrat Dr. Krohne-Berlin damals jedem von uns den Leitsätzen Solbrigs und Dohrns zuzustimmen schien. Er hat nichts versprochen, denn ein Geheimrat aus einem Ministerium kann nichts versprechen. Er hatte aber doch einen Hoffnungsschimmer in uns hinterlassen. Nun, die Hoffnung ist leider unerfüllt geblieben! Alle unsere Wünsche und Forderungen sind in Berlin zum größten Teile nicht beachtet! Heute müssen wir außerdem feststellen, daß wir in ernster Arbeit und unter großer Beteiligung der Medizinalbeamten aus allen Gegenden unseres Vaterlandes höchst aktuelle Stoffe aus dem Gebiete des öffentlichen Gesundheitswesens behandeln, daß aber das größte Land Deutschlands — Preußen — keinen Vertreter seiner Medizinalverwaltung zu unserer Tagung entsandt hat. Es erscheint daher uns zweifelhaft, ob diese Medizinalverwaltung noch Interesse an dem Wohl und Wehe ihrer Beamten hat. Bei der völligen Zertrümmerung unserer Volksgesundheit liegt in einem solchen Verhalten der preußischen Regierung uns gegenüber eine ernste Gefahr. Ich halte es für erforderlich, daß dies der Medizinalverwaltung Preußens gegenüber zum Ausdruck gebracht wird. (Beifall und allseitige Zustimmung).

H. Dr. **Bornstein-Berlin**: Ich habe gebeten, hier als Gast erscheinen zu dürfen, um neue Anregungen als Schriftführer des Landesausschusses für hygienische Volksbelehrung und Schriftleiter der Blätter für Volksgesundheitspflege zu empfangen. Diese Anregungen, für die ich dankbar bin, will ich in meinem Kampf gern verwerten. Vorträge haben oft wenig Zweck, wenn sie nicht dem Hörerkreis angepaßt werden; das gesprochene Wort verfliegt oft sehr rasch Das Geschriebene bleibt, darum bitte ich Sie, die Blätter für Volksgesundheitspflege, die der Landesausschuß für hygienische Volksbelehrung mit dem Deutschen Verein für Volkshygiene gemeinsam herausgiebt, selbst für Ihre Wartezimmer zu halten und Ihrer Klientel und Ihren Hörern bei den Vorträgen zu empfehlen. Die Namen der Herausgeber und des Mitschriftleiters, Geheimrat Dr. Ficker, bürgen dafür, daß sie zweckentsprechend sind. — Nun noch eins: Sie wollen Opium und Kokain durch Gesetz bekämpfen, auch den wegen seiner Verbreitung schlimmen Alkohol und Tabak? Pflicht zur Gesundheit hat der Arzt noch mehr als alle anderen, da er Vorbild sein soll. Man fängt nicht gern bei sich an; bedenken Sie aber, daß wir mit Ausschaltung der 40 Milliarden für Alkohol und Nikotin Geld z. B. für Neubauten haben und damit das Wohnungselend bekämpfen können.

H. Oberregierungsrat Dr. **Corvey**, Direktor des Landeswohlfahrts- und Gesundheitsamts in Detmold schlägt vor, an den Herrn Reichsminister des Innern folgenden Antrag zu stellen:

„Die 11. Hauptversammlung des Deutschen Medizinalbeamtenvereins hält es für dringend notwendig, daß von den Eheschließenden in einem angemessenen Zeitraume vor Eingehung der Ehe Ehezeugnisse vorgelegt werden. Die Zeugnisse können von praktischen Aerzten ausgestellt werden, sind aber einem Vertrauensarzte (Eheberater) vorzulegen, der die Entscheidung trifft.

Die Eheschließenden haben durch gegenseitige Unterschrift die Kenntnisnahme zu bescheinigen, als Vertrauensarzt (Eheberater) kann nach Ansicht der Hauptversammlun nur der beamtete Arzt in Betracht kommen, der auf Grund seiner Vorbildung am besten in der Lage ist, derartige Entscheidungen zu treffen."

H. Obermedizinalrat Dr. **Roth-Braunschweig** spricht sich gegen einen derartigen Antrag aus; die betreffende Frage sei noch gar nicht spruchreif.

H. Geh. Med.-Rat Dr. **Rapmund**-Bad Lippspringe ist der gleichen Ansicht; es könnte nur in Frage kommen, den Antrag dem Vorstande zur Prüfung und weiteren Veranlassung zu überweisen.

H. Oberregierungsrat Dr. **Corvey**-Detmold ist damit einverstanden; hoffentlich werde dadurch die Entscheidung über die Frage nicht aufgehoben, sondern beschleunigt.

H. Prof. Dr. **Krautwig**, ärztlicher Beigeordneter in Köln: Aus den Mitteilungen der Zeitschrift für Medizinalbeamte und aus den Mitteilungen des einen Diskussionsredners und der Aussprache zu dem vorhergehenden Vortrag des H. Prof. Dr. Rimpau könnte doch eine ganz falsche Meinung über die Tendenzen des viel besprochenen I. Deutschen Gesundheitsfürsorgetages sich ergeben. Darum fühle ich mich zu einer Richtigstellung veranlaßt, da ich einmal bei der Vorbereitung und Durchführung des Gesundheitsfürsorgetages wesentlich mitgewirkt habe, zum andern aber auch, weil ich der Meinung bin, daß die Kommunalärzte, die im wesentlichen diesen Gesundheitsfürsorgetag getragen haben, und die Kreisärzte durchaus Seite an Seite stehen müssen in der Förderung aller Aufgaben der öffentlichen Gesundheitspflege. (Sehr richtig!) Ich vermag aber nicht zuzugeben, daß die Kreisärzte die Sozialhygiene aus der Taufe gehoben haben, und daß sie allenthalben oder doch zumeist sich der sozialhygienischen Aufgaben bereits in einem Maße annehmen, wie es die Notlage des Volkes erfordert. Ich erkenne durchaus an, daß genau so, wie das viel gebrauchte Wort „sozial", auch die Bezeichnung „soziale Hygiene" gelegentlich als Schlagwort benutzt worden sein mag. Aber demgegenüber bleibt doch bestehen, daß man heute ohne die Sozialhygiene nicht gegen die Volkskrankheiten und Volksschäden erfolgreich anzukämpfen vermag. Die wissenschaftliche Grundlage ist durch zahlreiche Arbeiten genügend gesichert. Die Arbeitsweise, insbesondere das Fürsorgewesen, ist nicht nur eigenartig, sondern auch durchaus erfolgreich.

Ich verstehe auch durchaus die Gründe dafür, daß die Kreisärzte bisher nicht in dem Maße, das sie wohl auch selbst für notwendig hielten, sozialhygienische Arbeit haben leisten können. Nicht nur die bisherige Entwicklung ihrer Tätigkeit, sondern auch die Tatsache, daß sie über die eigentliche Tätigkeit ihres Amtes hinaus zu gewinnbringender Beschäftigung als Vertrauensärzte usw. gezwungen sind, wenn sie leben wollen, die Tatsache, daß ihnen das zur Arbeit notwendige Amt, die Fürsorgerin als Mitarbeiterin und schließlich auch die Geldmittel bisher vielfach nicht zur Verfügung gestanden, mögen die Verhältnisse erklären.

Wenn ich zunächst gesagt habe, daß die Medizinalbeamten und Kommunalärzte absolut zueinander gehören, demnach sich nicht bekämpfen sollen, so muß aber nach der materiellen Seite der Tätigkeit hin hervorgehoben werden, daß die Sozialhygiene, gegenüber der bisherigen Tätigkeit der Kreisärzte, doch eine starke Eigenart zeigt. Glücklicherweise, so kann man sagen, hat jede Zeit die ihr angemessene Form der öffentlichen Hygiene bisher gehabt. Der Pettenkoferschen Hygiene ist die bakteriologische gefolgt, und heute ist die Sozialhygiene diejenige Richtung der öffentlichen Gesundheitspflege, die am notwendigsten und wirksamsten ist.

Da aber die Sozialhygiene im wesentlichen eine freiwillige Arbeit der Gemeinden darstellt, so ist ihre Organisation nicht einfach dadurch zu lösen, daß man verlangt, daß dem Kreisarzt allenthalben die Fürsorgeaufgaben und insbesondere das zu ihrer Zusammenfassung notwendige Gesundheitsamt zu übertragen sei. Es ist kaum anzunehmen, daß viele Gemeinden sich dazu verstehen werden, diese gemeindlichen Aufgaben dem staatlichen Beamten zu übertragen. Anderseits kann auch das immer häufigerer erscheinende Nebeneinander des Kommunalarztes und Kreisarztes in Stadt und Land nicht restlos befriedigen, und es wird insbesondere dem Medizinalbeamten dadurch viel von der Bedeutung und der Freude seiner Arbeit genommen. Es erscheint mir darum notwendig, daß wir die sachlichen Gegensätze und die dringlichen Fragen der Entwicklung des öffentlichen Gesundheitswesens in gemeinsamer Arbeit überlegen, zumal wir ein großes Interesse daran haben, in geschlossener Front den einflußreichen Stellen innerhalb der öffentlichen Verwaltung entgegenzutreten, die der freien Entwicklung der ärztlichen Arbeit nicht gerade als Freunde gegenüberstehen. (Beifall!)

H. Kreisarzt Dr. **Mantey-Belzig**: Der Herr Vorredner spricht von dem Standpunkt des Großstadtarztes; ich möchte aber einmal die Frage vom Standpunkt des Kreisarztes in einem großen Landkreise beleuchten. Wir Kreisärzte haben uns schon vor dem Kriege viel Mühe gegeben und praktische Hygiene getrieben; wir haben Schulen besichtigt, Ortsbesichtigungen ausgeführt und anderes mehr; wir haben schwere Mißstände festgestellt und weitschauende

Verbesserungsvorschläge gemacht; aber leider ist es bei den Vorschlägen geblieben, ob sie ausgeführt, verschoben wurden oder ganz unterblieben, darüber erfuhr der Kreisarzt meist nichts. Trat der Kreisarzt mit den Plänen zur Errichtung einer Säuglingsfürsorge- oder Tuberkulosefürsorgestelle hervor, so fand er bei leitender Stelle des Kreises meist wenig Gegenliebe; es war dafür kein Geld da. Regte der Kreisarzt aber die Flügel zu sehr, so würde ihm bedeutet, doch in seinen Forderungen bescheiden zu sein. In der neuesten Zeit, als die Kreistage anders zusammengesetzt waren und mehr Verständnis für die soziale Hygiene zeigten, da haben wohl einzelne Kreisärzte sich die Initiative tatsächlich aus der Hand nehmen lassen; die meisten Kreisärzte haben aber mit allem Nachdruck die Bestrebungen aufgenommen und gefördert. Also es war **nicht** die Schuld der Kreizärzte, wenn in früheren Zeiten so wenig auf dem Gebiete der sozialen Hygiene geschah, sondern die Verhältnisse waren stärker als die Kreisärzte und banden ihm die Flügel. (Beifall!)

H. Kreisarzt Dr. **Wollenweber**-Dortmund: Ich freue mich, daß Prof. Dr. **Krautwig** sachliche und versönliche Worte gesprochen hat. Seine Bedenken bedürfen aber der Besprechung. Der Zeitmangel ist leicht zu beheben, wenn man dem Kreisarzt das nötige Büro und die nötigen Hilfskräfte stellt. Hierdurch werden genügend Kräfte auch für die Sozialhygiene frei, die sonst in Schreibkram vergeudet werden.

Der Kreisarzt soll zwar nach **Krautwig** das Vertrauen der Kommunen nicht haben. Das ist teilweise richtig, entspringt aber in der Hauptsache unsachlichen politischen Motiven. Man mag unsere Selbständigkeit als Staatsbeamter nicht haben, man will uns an der Strippe der jeweils herrschenden Partei haben. Dem treten wir mit Macht entgegen. Wir wollen nicht politisiert werden, dürfen aber auch selbst nicht politisch hervortreten. Die Schwierigkeiten lassen sich überwinden, wie es bei mir bereits durch Bestellung zum Kommunalarzt geschehen ist. Wir wollen uns gern kommunal einstellen, nicht aus finanziellen Gründen, sondern aus dem idealistischen Bedürfnis, in der Sozialhygiene mitzuarbeiten. Die verschiedenen örtlichen Verhältnisse erfordern selbstverständlich verschiedene Regelung. In fast allen Landkreisen und den Mittelstädten ist aber Personalunion von Kreisarzt und Kreiskommunalarzt das sachlich Richtigste. Ueberall sind Gesundheitsämter unter selbständiger Leitung eines Arztes notwendig. Hierbei muß Reich und Staat bei aller Hochachtung vor dem Selbstbestimmungsrecht der Gemeinden die ordnende Hand walten lassen. (Beifall!)

H. Med.-Rat Dr **Bundt**. **Schlußwort**. Es hat mir nichts ferner gelegen, als in meinen Ausführungen den Kampfruf gegen die soziale Hygiene und die Vertreter dieser, in erster Linie die **Kommunalärzte**, aufzunehmen. Ich sehe im Gegenteil mit Herrn Prof. Dr. **Krautwig** durchaus das Heil in einem engen und friedlichen **Zusammenarbeiten** mit den von den Kommunen angestellten beamteten Kollegen und danke ihm für seine versöhnlichen, entgegenkommenden Worte. Im Schoße unseres Vorstandes haben schon oft genug Erwägungen darüber stattgefunden, wie wir unter Ausschaltung aller politischen Interessen zu diesem Zusammenarbeiten kommen können. Ich selbst stehe in Halle persönlich in engster Zusammenarbeit mit meinen städtischen Kollegen, da ich nur aus einer solchen eine Förderung der Gesundheitspflege erwarte. Ich wende mich aber dagegen, daß man uns nur gewissermaßen zu Gesundheitsbeamte zweiter Klasse machen will und entschieden hier und da das Bestreben hat, uns aus der Arbeit der sozialen Fürsorge auszuschließen, zu der wir uns befähigt und willig fühlen. Es gibt viele Kreise, in denen die Kreisärzte sehr wohl in der Lage sind, mehr ihre staatsärztliche Tätigkeit auch noch in der sozialen Fürsorge und kommunalärztlich tätig sein und mit Erfolg tätig sein werden Ich halte die Medizinalbeamten für die berufenen Vertreter dieser Wissenschaft und sehe auch in einer großen Stadt, wo außer dem Kreisarzt auch Kommunalarzte tätig sind, das Heil in der engen Zusammenarbeit beider. (Beifall!)

Der Vorsitzende ließ nunmehr über die **Leitsätze** und die dazu gestellten Anträge abstimmen: Es wurden hierauf zunächst die **Leitsätze** und der Antrag **Koestlin einstimmig** angenommen. **Einstimmige Annahme** fand auch der An-

trag Kühnlein, an das Preußische Ministerium für Volkswohlfahrt folgendes Telegramm abzusenden:

„Die XI. Hauptversammlung des Deutschen Medizinalbeamtenvereins spricht der Medizinalverwaltung Preußens, als des größten deutschen Landes, ihr Bedauern aus, daß sie zu ihrer diesjährigen Tagung, auf der so aktuelle und für das öffentliche Gesundheitswesen wichtige Fragen zur Verhandlung standen, im Gegensatz zum Reiche, zur Reichsregierung und zu den Staatsregierungen anderer deutschen Länder, keinen Vertreter gesandt hat."

Schließlich wurde der Antrag Corvey dem Vorstande zur weiteren Veranlassung überwiesen.

Vor Schluß der Versammlung dankte dann H. Oberregierungsrat Dr. Frickhinger-München dem Vorsitzenden mit herzlichen und anerkennenden Worten für die vorzügliche Leitung der diesjährigen Hauptversammlung und im Namen des Bayerischen Medizinalbeamtenvereins auch allen nicht bayerischen Teilnehmern, daß sie in so großer Zahl nach Bayern und dem schönen Nürnberg gekommen seien. Hoffentlich würden ihnen die hier verlebten Tage in angenehmer Erinnerung bleiben!

Schluß der Tagung: $4^1/_2$ Uhr nachmittags.

Aus Versammlungen und Vereinen.

Bericht über die Herbstversammlung der Mitglieder des Vereins der Medizinalbeamten der Provinz Sachsen am 16. Oktober 1921 in Nordhausen.

Anwesend waren 27 Mitglieder des Vereins; als Gast konnte der Vorsitzende des Medizinalbeamtenvereins der Thüringischen Staaten Herr Geh. Med.-Rat Dr. **Osswald**-Sondershausen begrüßt werden.

Nach kurzen einleitenden Worten des Vorsitzenden Herrn Med.-Rat Dr. **Kluge**-Wolmirstedt wird in die Tagesordnung eingetreten.

I. Bericht über die Hauptversammlung in Nürnberg. Der Berichterstatter, Herr Med.-Rat Dr. **Bundt**-Halle a. S., gibt einen kurzen, zusammenfassenden Ueberblick über den Verlauf der Tagung, namentlich soweit die Interessen der preußischen Medizinalbeamten hierbei im Vordergrunde standen. Es wurde vornehmlich auf die erneut am Horizont auftauchende Kommunalisierung der Kreisärzte und die seitens der letzteren dagegen zu ergreifenden Maßnahmen hingewiesen. Auch die neue Amtsbezeichnung wurde entsprechend gewürdigt.

In der sehr lebhaften **Aussprache** wurde in der Hauptsache empfohlen, die Tagespresse und die Abgeordneten der verschiedenen Parteien für die Durchführung der Wünsche der Medizinalbeamten zu interessieren, was durch Bildung besonderer Presseausschüsse in den einzelnen Bezirksvereinen und einer Pressekommission im Landesverein erzielt werden soll.

II. Beratung des Satzungsentwurfs über Neuaufbau des Preußischen Medizinalbeamten-Vereins. Berichterstatter: Herr Med.-Rat Dr. **Kluge**-Wolmirstedt.

Der Rapmundsche Entwurf wird im wesentlichen gebilligt. Ein Antrag Krämer-Calbe a. S., auch bei mehr als 20 Mitgliedern in einem Bezirksvereine nur einen Vertreter aus Kostenersparnis zu wählen, wurde abgelehnt.

Es folgen hierauf bezirksweise die Wahlen für die Hauptvertreter-Versammlung und den Landesverband; gewählt wurden:

für den Vorstand als Vertreter der Provinz:
Dr. Bundt-Halle, als Stellvertreter Dr. Rapmund-Querfurt,
für den Vertretertag
für Magdeburg: Dr. Kluge; als Stellvertreter Dr. Herms in Burg bei Magdeburg,
für Merseburg: Dr. Bundt und Dr. Hillenberg, als Stellvertreter Dr. Rapmund und Dr. Kühnlein-Merseburg.
für Erfurt: Dr. Jorns-Nordhausen, als Stellvertreter Dr. Poddey-Erfurt.
Als Pressevertreter wurden gewählt:
für Magdeburg: Dr. Krämer-Calbe a. S.,
für Merseburg: Dr. Rapmund-Querfurt,
für Erfurt: Dr. Jorns-Nordhausen.

Einstimmig beschlossen wurde schließlich, den Provinzialverein als solchen bestehen zu lassen und die Bezirksvereine als Gruppen des ersteren anzusehen. Gewählt wurde noch der Vorstand für den Bezirksverein Merseburg:
Dr. Hillenberg, Vorsitzender und Dr. Bundt, Stellvertreter,
Dr. Kühnlein, Schrift- und Kassenführer, Dr. Neubelt-Eisleben, Stellvertreter.

III. Verschiedenes. Es erfolgt zunächst eine Erörterung über die neue Desinfektions-Ordnung, deren Durchführbarkeit von einzelnen Kollegen wegen der erforderlichen erheblichen Kosten angezweifelt wird.

Hillenberg-Halle a. S. teilt mit, daß im Saalkreis die Neuordnung seit dem 1. Okt. 1921 durchgeführt ist, und zwar sind zunächst drei Desinfektoren zugleich als Gesundheitsaufseher angestellt, einer davon als Kreisbeamter (zugleich Oberdesinfektor), zwei gegen Dienstvertrag hauptamtlich. Sie arbeiten auf Grund einer Dienstanweisung, und beziehen neben ihrem Gehalt für Reisen täglich 7,50 M. Tagegelder und Ersatz der baren Auslagen. Der Kreis hat die gesamten Kosten der Desinfektion übernommen. Es sollen weitere zwei im Kreise bodenständige Gemeindeschwestern und ein Reserve Desinfektor im nächsten Kurs ausgebildet werden. Das Publikum ist von der neuen Art der Seuchenbekämpfung vorläufig begeistert. Rapmund-Querfurt hält die Anstellung von Seuchenschwestern, die er für seinen Kreis empfohlen, für vorteilhafter. Ihm schließt sich Neubelt-Eisleben an, während Poddey-Erfurt die Tätigkeit von Desinfektoren in Landkreisen nicht entbehren zu können glaubt.

Darauf wird von Rapmund-Querfurt die **Typhusbekämpfung in Mitteldeutschland** und der hierfür vorgeschriebene **Fragebogen** kurz besprochen und vorgeschlagen, dessen Abänderung in die Wege zu leiten. — In der Aussprache wird auf mancherlei Unstimmigkeiten bei der Art der praktischen Durchführung hingewiesen, vor allem betont, daß der Leiter der Ermittelungen stets der Medizinalbeamte bleibt. Im übrigen wird beschlossen, erst längere Erfahrungen zu sammeln, ehe weitere Schritte in dieser Frage getan werden sollen.

Nach Schluß der Sitzung vereinte ein in fröhlichster Stimmung verlaufenes gemeinsames Essen mit Damen die Teilnehmer der Versammlung, die durch einen kurzen Ausflug in den Harz bei prächtigstem Herbstwetter einen harmonischen Abschluß fand. Dr. Hillenberg-Halle a. S.

Besprechungen.

Prof. Dr. **Schwalbe,** Geh. San.-Rat in Berlin: **Diagnostische und therapeutische Irrtümer und deren Verhütung.** Heft VI—XII. Leipzig, 1919/1921. Verlag von G. Thieme. Gr. 8

Von dem großzügigen Sammelwerke sind inzwischen folgende Abhandlungen erschienen:

Heft VI: Geh. Med.-Rat Prof. Dr. A. **Schmidt**-Bonn: Krankheiten des Verdauungskanals, der Eingeweidedrüsen und des Peritoneus. Mit 27 Abbildungen. 128 Seiten. Preis 7.60 Mark.

Heft VII: Geh. Med.-Rat Prof. Dr. A. **Hoffmann**-Düsseldorf: Krankheiten der Kreislauforgane. Mit 16 Abbildungen auf 2 Doppeltafeln und 18 Kurven. 180 Seiten. Preis 13,20 Mark.

Heft VIII: Prof. Dr. Hermann **Schlesinger**-Wien: Krankheiten der Lunge, des Brustfells und Mittelfells. Mit 24 Textabbildungen und Erläuterungen. 167 Seiten. Preis 11,70 Mark.

Heft IX: Geh. Med.-Rat Prof. Dr. **Matthes**-Königsberg i. Pr.: Akute Infektionskrankheiten. Mit 1 Abbildung, 18 Kurven und 1 farbigen Tafel. 168 Seiten. Preis 11,70 Mark.

Heft X: Prof. Dr. **Naegeli**-Zürich: Krankheiten des Blutes und der Drüsen mit innerer Sekretion. Mit 4 Abbildungen. Preis 9 Mark.

Heft XI: Prof. Dr. **Cassirer**-Berlin: Krankheiten des Rückenmarkes und der peripherischen Nerven. Mit 1 Abbildung. Preis 19,80 Mark.

Heft XII: Geh. Med.-Rat Prof. Dr. **Meyer**: Krankheiten des Gehirns und des verlängerten Marks. Mit 15 teils farbigen Abbildungen. Preis 18 Mark.

Entsprechend der leitenden Idee dieses Sammelwerkes, den Praktiker in der Erkennung und Behandlung der Krankheiten dadurch zu fördern, daß ihm die häufigen Irrtümer vorgeführt und die Wege zu ihrer Verhütung gezeigt werden, sind auch die vorstehenden Abhandlungen von den betreffenden Autoren verfaßt. Jeder von ihnen hat sich mit bestem Erfolg bemüht, auf dem von ihm bearbeiteten Gebiete einen klaren Ueberblick über die üblichen diagnostischen und therapeutischen Irrtümer zu geben unter gleichzeitiger Angabe der Mittel und Wege, mit deren Hilfe jene zu vermeiden sind. Dem praktischen Arzt werden deshalb alle vorliegenden Abhandlungen in vorzüglicher Weise dazu dienen, seine medizinischen Kenntnisse wieder aufzufrischen, und ihm demzufolge auch gute Dienste bei Ausübung seiner praktischen Tätigkeit leisten

Rpd.

Prof. Dr. J. Schwalbe, Geh. San.-Rat in Berlin: **Diagnostische und therapeutische Irrtümer und deren Verhütung. Chirurgie.** Leipzig 1920/21 Verlag von Georg Thieme. Gr. 8°. 1. und 2. Heft. 123 und 160 Seiten Preis: 16,20 und 32,50 M.

Ebenso wie auf dem Gebiete der inneren Krankheiten hat Verfasser jetzt auch begonnen, unter Mitarbeit namhafter Fachärzte ein gleiches Sammelwerk über diagnostische und therapeutische Irrtümer und deren Verhütung auf chirurgischem Gebiete herausgegeben. Die zunächst erschienenen beiden ersten Hefte enthalten zwei Abhandlungen von Geh. Med.-Rat Prof. Dr. **G. Ledderhose** in München: Chirurgie des Thorax und der Hauptdrüse (mit 8 Abbildungen) und Chirurgie der Wirbelsäule, des Rückenmarks, der Bauchdecken und des Beckens (mit 20 Abbildungen). Beide Abhandlungen sind in erster Linie für den Gebrauch des praktischen Arztes zugeschnitten und weniger für den des spezialistischen Facharztes, der sie aber gleichwohl mit Vorteil lesen wird. Rpd.

Prof. Dr. Weygandt, Direktor der Staatskrankenanstalt Friedrichsberg bei Hamburg: **Erkennung der Geistesstörungen (Psychiatrische Diagnostik).** Mit 18 farbigen Tafeln nach Aquarellen des Kunstmalers Herrfurth und 318 Textabbildungen. München; 1920. J. P. Lehmanns Verlag. Groß 8°; 250 Seiten. Preis: 34 M., geb. 42 M.

Das vorliegende Werk bildet den ersten Band einer neuen, von der Verlagsbuchhandlung herausgegebenen Sammlung medizinischer Lehrbücher und einen Ersatz des von dem Verfasser im Jahre 1906 herausgegebenen und inzwischen vergriffenen Atlas und Grundrisses der Psychiatrie. Der Charakter des Kompendiums ist hier aber absichtlich vermieden und statt dessen überall derjenige eines Lehrbuches gewahrt. In den ersten Abschnitten werden zunächst Anamnese und Erblichkeit (I), hierauf die Untersuchung des geistigen und körperlichen Zustandes (II und III) behandelt; es folgen dann die Abschnitte über serologische Diagnostik (IV) — von Dr. Kafka bearbeitet, Beobachtung (V), Verheimlichung, Vortäuschung usw. (VI), Grenzen des Irrwesens (VII), Psychiatrische Fragebogen und Untersuchungschema (VIII); den Schluß bildet der wichtige Abschnitt über die spezielle Diagnostik der Geistes-

krankheiten. Wenn das Lehrbuch auch in erster Linie für die angehenden Mediziner bestimmt ist, so kann es doch den praktischen Aerzten und ärztlichen Sachverständigen ebenfalls warm empfohlen werden, da überall besonderer Nachdruck darauf gelegt ist, die Gedankengänge hervorzuheben, die den Arzt bei Behandlung und Beurteilung von psychisch kranken Personen leiten und seine Entscheidungen stützen sollen. Sein Wert wird außerdem durch die außerordentlich zahlreichen und vorzüglich ausgeführten farbigen Tafeln und Textabbildungen wesentlich erhöht. Rpd.

Tagesnachrichten.

Die in Nr. 21 gebrachte Mitteilung über die **Neuregelung der Beamtengehälter** ist insofern nicht ganz zutreffend, als außerdem noch ein Ausgleichszuschlag von 20 % zum Grundgehalt, Ortszuschlag und Kinderbeihilfen gewährt wird. Die Kindergelder erhöhen sich dadurch auf 180, 240 und 300 Mark monatlich und das Gesamteinkommen der Gruppe 10 auf 34 800—49 800 M., der Gruppe 11 auf 42 480—60 000 M., der Gruppe 12 auf 52 080—75 000 M., der Gruppe 13 auf 73 200—105 600 M. und des Ministerialdirektors auf 135 600 M. Davon gehen allerdings auch entsprechend höhere Beträge für Einkommensteuer ab.

Gegen die **Amtsbezeichnung** „Medizinalrat" hat der Vorstand des Preußischen Medizinalbeamtenvereins nachfolgenden **Einspruch an die Preußische Landesversammlung** gerichtet mit der Bitte um die Amtsbezeichnung „Medizinalrat" bezw. „Obermedizinalrat" für die Kreisärzte, „Medizinalassessor" für die Kreisassistenzärzte, „Oberregierungsrat" für die Regierungs- und Medizinalräte.

„Das Preußische Staatsministerium hat unter dem 9. September 1921 beschlossen, den Kreisärzten die Amtsbezeichnung „Kreismedizinalrat" den Gerichtsärzten die Bezeichnung „Gerichtsmedizinalrat" zu geben. Das Staatsministerium hat trotz des sofortigen telegraphischen Einspruchs der Hauptversammlung des Preußischen Medizinalbeamtenvereins zu Nürnberg vom 10. September 1921 in seinem Bescheide vom 30. September 1921 St. M. II 4574 an dieser Bezeichnung festgehalten und dabei hervorgehoben, daß es in dem telegraphischen Einspruch eine Begründung für die besonderen Wünsche hinsichtlich der Verleihung anders lautender Amtsbezeichnungen vermißt habe.

Es entspricht zwar den Tatsachen, daß jenes Telegramm an das Staatsministerium eine Begründung der Wünsche der Medizinalbeamten nicht enthielt, doch ist eine solche vom Preußischen Medizinalbeamtenverein dem Herrn Minister für Volkswohlfahrt vorher schon in verschiedenen Eingaben um Regelung der Amtsbezeichnung am 15. Juli 1920, am 6. März und am 10. Mai 1921 gegeben worden, von denen wir annehmen mußten, daß sie bei Prüfung und Entscheidung der Frage im Staatsministerium nicht unbeachtet bleiben würden.

Wir haben in allen jenen Eingaben eine Amtsbezeichnung erbeten, die der verantwortungsvollen Tätigkeit und der für die Volksgesundheit so wichtigen Stellung der Medizinalbeamten entspricht und sie nicht hinter den Beamten anderer Verwaltungszweige zurücksetzt.

Wir müssen aber in der Bezeichnung „Kreismedizinalrat" eine solche Zurücksetzung und Minderbewertung sehen, wenn man den Aerzten der Versorgungsämter, sehr oft jüngeren, ehemaligen Militärärzten, die Amtsbezeichnung „Regierungs-Medizinalrat" und „Regierungs-Obermedizinalrat" verleiht, wenn man die Kreisbaubeamten allgemein als „Regierungs- und Baurat" bezeichnet.

Diese Minderbewertung und Zurücksetzung ist aber für die Medizinalbeamten um so schmerzlicher, als sie erfolgt ist trotz der einstimmigen Ablehnung der Amtsbezeichnung „Kreismedizinalrat" seitens der Kreisärzte und als man es nicht einmal für gut befunden hat, die Vertretung der betreffenden Beamten zu hören, obwohl durch Beschluß des Staatsministeriums vom 30. Dezember 1919 vor der beabsichtigten Neuregelung der Amtsbezeichnungen bei Beratung der Besoldungsvorlage den Beamtenorganisationen Gelegenheit zur Stellungnahme gegeben werden sollte. Dem Preußischen Medizinalbeamten-

verein ist aber bisher eine Aufforderung zur Aeußerung nicht nur nicht zugegangen, im Gegenteil, seine aus eigenem Antrieb heraus geschehenen Aeußerungen haben keine Beachtung gefunden.

Wir sind auch der Meinung, daß die Abänderung der Amtsbezeichnung für die Kreisärzte nicht durch einen Staatsministerialbeschluß allein, sondern nur im Wege eines Gesetzes herbeigeführt werden kann, da die Aenderung der Amtsbezeichnung der Kreisärzte eine Aenderung des § 1 des Gesetzes betreffend die Dienststellung der Kreisärzte vom 16. September 1899 bedeutet.

Sollte das Staatsministerium gleichwohl irgendwelche Bedenken haben gegen die vom Preußischen Medizinalbeamtenverein erbetene Amtsbezeichnung „Kreisarzt und Medizinalrat," in der Vorrückungsstelle „Kreisarzt und Obermedizinalrat" bezw. Gerichtsarzt und Medizinalrat bezw. Gerichtsarzt und Obermedizinalrat, so bitten wir um die einfache Amtsbezeichnung „Medizinalrat" und „Obermedizinalrat".

In seinem Bescheid vom 30. September hat das Staatsministerium die Vorschläge des Preußischen Medizinalbeamtenvereins für die Amtsbezeichnung der Kreisassistenzärzte und Regierungs- und Medizinalräte vollkommen unberücksichtigt gelassen, obwohl auch für diese Beamten eine Aenderung der bisherigen Amtsbezeichnung dringend notwendig ist und von uns in allen unseren Eingaben erbeten war. Haben doch in Preußen die älteren Regierungs- und Schulräte schon längst die Amtsbezeichnung „Regierungs- und Oberschulrat" erhalten. Ist doch in anderen Bundesstaaten, z. B. in Bayern, die Amtsbezeichnung der Medizinalbeamten in der Bezirksinstanz schon längst in einer der Stellung dieser Beamten entsprechenden Weise geregelt.

Wir bitten, nun auch für die Regelung der Amtsbezeichnung der Regierungs- und Medizinalräte und der Kreisassistenzärzte einzutreten und den Kreisassistenzärzten die Amtsbezeichnung „Medizinalassessor", den Regierungs- und Medizinalräten nach dem Vorgang Bayerns und anderer Bundesstaaten die Amtsbezeichnung „Oberregierungsrat" zu geben."

Die lang dauernde **Ministerkrise in Preußen** hat endlich durch Bildung eines sogenannten **großen Koalitions-Ministeriums** ihren Abschluß gefunden. Bei dieser Umbildung ist der bisherige Ministerpräsident und Minister für Volkswohlfahrt, Stegerwald, aus dem Ministerium ausgeschieden, obwohl gerade er während seiner Ministerpräsidentschaft immer die Bildung eines solchen Ministeriums angestrebt hat. Seit Bildung des Ministeriums für Volkswohlfahrt hat er an dessen Spitze gestanden und jedenfalls den besten Willen gehabt, die seinem Ministerium obliegenden Aufgaben tunlichst zu fördern. Es ist aber leider bei dem guten Willen und vielversprechenden Worten geblieben, wenigstens soweit das Gebiet der öffentlichen Gesundheitspflege in Frage kommt; denn außer dem neugebildeten Landesgesundheitsrat und den Provinzialausschüssen für gerichtliche Medizin ist hier nichts weiter geschaffen; die einzige gesetzgeberische Leistung, ein neues Hebammengesetz, hat bekanntlich im Landtag Schiffbruch gelitten. Als seinen Nachfolger hat das Zentrum wiederum einen Verbandssekretär, den Abg. Hirtsiefer präsentiert; er ist von Beruf Schlosser und seit einigen Jahren Verbandssekretär im christlichen Metallarbeiter-Verband. Ob er den von ihm als Leiter eines für das Volkswohl so wichtigen Postens zu stellenden Anforderungen und Aufgaben gewachsen sein wird, wird die Zukunft lehren. Hoffentlich erleben unsere Hoffnungen in dieser Hinsicht keine unangenehme Enttäuschung.

In dem Hauptausschusse des Preußischen Landtages waren bei Beratung des **Haushalts des Wohlfahrtsministeriums** zahlreiche **Anträge** gestellt, von denen aber der größere Teil nicht die Zustimmung der Mehrheit des Ausschusses gefunden hatte. Die Anträge, die hauptsächlich von den linken Parteien ausgegangen waren, sind gleichwohl von neuem gestellt und werden somit bei der demnächstigen zweiten Beratung des betreffenden Haushalts im Plenum zur Erörterung und Beschlußfassung gelangen. Gemeinschaftlich von den Sozialdemokraten und den unabhängigen Sozialdemokraten ist der Antrag auf Aufhebung des Gesetzes der ärztlichen Ehrengerichte wiederholt; desgleichen hat

die unabhängige sozialdemokratische Partei den Antrag auf Sozialisierung der ärztlichen Heiltätigkeit gestellt (beide Anträge sind auch von den Kommunisten unterstützt). Weiterhin haben die Sozialdemokraten folgende Anträge gestellt: Ueberweisung der staatlichen Bäder, sowie aller in den Haushalten anderer Ministerien verstreuten, den Zwecken der Sittenpolizei, sozialen Fürsorge und Bekämpfung des Alkoholismus dienenden Mittel an das Ministerium für Volkswohlfahrt; Forderung einer planmäßigen Bekämpfung der Prostitution und der Geschlechtskrankheiten, Verwendung der zu sozialhygienischen Aufgaben bereitgestellten Mittel auch zu sozialpädagogischen und sozialwirtschaftlichen Zwecken, Erhöhung des Betrages zu Beihilfen für Kleinkinderschulen, Kinderhorte usw. von 3000 M. auf 5 Millionen Mark (die Kommunistische Partei verlangt 30 Millionen, das Zentrum nur 100 000 M.), des Beitrages für Frauenreferate von 325 000 M. auf 1 Million Mark (das Zentrum verlangt 500 000 M.), des Beitrages für soziale Ausbildungszwecke usw. von 200 000 M. auf 1 Million Mark (das Zentrum fordert 200 000 M.); Gewährung eines jährlichen Zuschusses von 500 000 M. an das Oskar-Helenen-Krüppelheim in Dahlem und die Uebernahme der Friedrichstadt-Klinik für Tuberkulose in Berlin in staatliche Verwaltung (beide Forderungen werden auch von den übrigen Parteien unterstützt), ein ärztliches Gesundheitsattest bei Eingehung der Ehe, eine Beihilfe von 150 000 M zur Errichtung von Psychopathenheimen und Beobachtungsstationen sowie Errichtung von Dezernaten für planmäßig angestellte Bezirksfürsorgerinnen bei allen Bezirksregierungen und Oberpräsidien (auch von den Kommunisten und Demokraten gefordert. Außerdem wird von den Sozialdemokraten schleunigste Erhebungen und eine Denkschrift über die Nebenbeschäftigungen von Beamten verlangt, die so eng mit dem Hauptamte verbunden sind, daß sie erfahrungsgemäß im Dienste erledigt werden unter Berücksichtigung der Frage, ob diese nicht einer besonderen Arbeitskraft oder geeigneten unbeschäftigten Personen übertragen werden können, sowie insbesondere, ob zur Steuerung der wirtschaftlichen Notlage der Aerzte in Zukunft die nebenamtliche Tätigkeit und die damit zum Teil sehr erheblichen Nebeneinnahmen der vollbesoldeten Kreisärzte unbeschäftigten Aerzten zugänglich gemacht werden können. Ein ähnlicher Antrag ist von den Kommunisten gestellt. Danach soll den staatlichen Beamten und Angestellten die Bekleidung bezahlter Nebenämter untersagt, ihr Einkommen erforderlichenfalls entsprechend erhöht werden; desgleichen wird Vollbesoldung aller Kreisärzte mit Untersagung jeder Privatpraxis und Nebenbeschäftigung sowie unter Erweiterung ihrer Befugnisse und Verantwortlichkeit verlangt. Ihre Besoldung soll so geregelt werden, daß die Dienstaufwandsentschädigungen in Fortfall kommen. Amtsärztliche Gebühren der Kreisärzte, sowie Gebühren für die Prüfung der Aerzte, Zahnärzte, Kreisärzte und Nahrungsmittelchemiker, Gebühren der staatlichen Institute (Impfanstalten, Medizinaluntersuchungsämter usw) sollen nicht mehr erhoben werden. Ferner werden beantragt: Erhöhungen der Beträge für medizinalpolizeiliche Zwecke von 403 700 M. auf 2 Millionen Mark, für Bekämpfung der übertragbaren Krankheiten von 90 000 M. auf 900 000 M., der Säuglings- und Kinderpflege von 1 Million Mark auf 30 Mill. M, für Fortbildungskurse der Medizinalbeamten von 100 000 M. auf 1 Mill. M. für hygienische Ausbildung und Fortbildung der Aerzte usw. von 150 000 M. auf 1½ Mill. M., für Bekämpfung der Tuberkulose von 1 Million auf 100 Millionen Mark (die Unabhängigen Sozialdemokraten haben 5 Millionen Mark verlangt), für Bekämpfung der Mückenplage von 60 000 M. auf 600 000 M., für Errichtung von Kleinwohnungen von 20 auf 50 Millionen Mark, für Unterstützung der privaten Wohlfahrtseinrichtungen von 3 auf 30 Millionen Mark (außerdem sollen diese vom Staat oder den Gemeinden übernommen werden). Zur Durchführung der Zwangsbehandlung von Geschlechtskranken werden 5 Mill. Mark gefordert. Man sieht daraus, daß die Kommunisten in ihren Forderungen für gesundheitliche Zwecke sehr weitgehen; dies ist an sich ja sehr erfreulich, wenn Preußen wie früher ein reicher und nicht wie jetzt ein recht armer Staat

wäre, der schwerlich in der Lage ist, derartige Summen bereitzustellen. Die Kommunisten verlangen ferner, daß in den staatlichen Erziehungsanstalten nicht nur kein Pflegegeld erhoben, sondern der Arbeitsverdienst der Zöglinge diesen voll gutgeschrieben und bei der Entlassung ausgehändigt werden soll, daß ferner die Kosten für Hebammen und geburtsärztliche Hilfe bei Entbindungen und Wochenpflege sowie für die Ausbildung der Wohlfahrtspflegerinnen und der Unterhalt während ihrer Ausbildung vom Staate übernommen werden sollen. Zum Schluß verdient noch ein Antrag der Kommunisten erwähnt zu werden, wonach in dem Landesgesundheitsrat neben den Aerzten usw. auch die Wohlfahrtspflegerinnen, Hebammen und Vertreter der Arbeiterschaft Sitz und Stimme haben müssen und die Mitglieder des Landesgesundheitsrats von ihren Berufsorganisationen zu wählen sind. Von den Anträgen der anderen Parteien sind noch folgende zu erwähnen: Organisation der Sittenpolizei nach sozial-pflegerischen Grundsätzen unter Vermehrung der Polizeibeamtinnen, Ausdehnung des Aufgabenkreises der Landesanstalt für Wasserhygiene auf die Frage der Reinhaltung der Luft, Einrichtung eines Arbeitsdienstjahres für die männliche und weibliche Jugend. Beschränkung der Konzessionserteilungen für Alkoholausschank, Beschaffung von Heimen für Kleinrentner (Deutsche Volkspartei); Erhöhung der Beihilfen zur Förderung der Pflege für die schulentlassene Jugend von 6 auf 10 Millionen Mark (Zentrum), Erhöhung der Abgabe aus dem Branntweinmonopol behufs Bekämpfung der Trunksucht (Demokraten).

Am Sonnabend, den 5. November, vormittags 10 Uhr, fand in Berlin im Hauptsitzungssaal des Ministeriums für Volkswohlfahrt (Herrenhaus) die **Eröffnung des preußischen Landesgesundheitsrates** in der ersten Vollsitzung dieser Körperschaft statt. Durch die Regierungskrise war der Herr Minister verhindert zu erscheinen; die Eröffnungsansprache hielt daher der Staatsekretär des Wohlfahrtsamtes, H. Dr. Scheidt, der die fast vollzählig erschienenen Mitglieder begrüßte und in kurzen Worten der ehemaligen Wissenschaftlichen Deputation, ihrer wissenschaftlichen Bedeutung und einiger seiner hervorragendsten Mitglieder gedachte. Er sprach die Hoffnung aus, daß auch der neugebildete Landesgesundheitsrat, der den Forderungen der neuen Zeit entsprechend auf breiterer Basis aufgebaut sei, dem Wohle des gesamten Volkes dienen werde. Nachdem er hierauf alle anwesenden Mitglieder durch Handschlag verpflichtet hatte, übergab er die Leitung dem Präsidenten des Landesgesundheitsrates, H. Ministerialdirektor Dr. Gottstein. Dieser machte einige geschäftliche Ausführungen zur Bildung der Unterkommissionen, in denen der Hauptteil der Arbeit, insonderheit die Vorberatung der die Volksgesundheit betreffenden Gesetzentwürfe geleistet werden müßte, und schloß darauf die Sitzung.

Ueber die **preußischen Kreisärzte** bringt die Kölnische Zeitung vom 8. November 1921 Nr. 754 folgenden zeitgemäßen Artikel:

Das Staatsministerium hat den Kreisärzten die Dienstbezeichnung „Kreismedizinalrat“ gegeben — entgegen dem einstimmig am 10 September in Nürnberg gefaßten Beschluß der Kreisärzte selbst, der dem Ministerium telegraphisch mitgeteilt worden war. Mehrfach waren andersgeartete, begründete Anträge vorausgegangen. Die Kreisärzte wollten ihre klare, dem Volk vertraut gewordene Dienstbezeichnung behalten und entsprechend dem Zuge der Zeit wie alle andern höheren Beamten ebenfalls eine Ratsbezeichnung haben, also „Kreisarzt und Medizinalrat“. Das Verfahren des Ministeriums erscheint nicht recht verständlich. Neuere Bestrebungen wollen eine Kommunalisierung der Kreisärzte; aus Staatsbeamten sollen kommunale werden, d. h., der Kreisarzt soll seine bisherige Unabhängigkeit verlieren, dem Landrat oder Bürgermeister unterstellt werden, seine Initiative in Seuchenbekämpfung und sonst im öffentlichen Gesundheitswesen einbüßen, nach Weisungen nichtfachmännischer und nicht immer sachlich uninteressierter Personen handeln. Er kann dann nie mehr mit der so oft gebotenen scharfen Sachlichkeit vorgehen. Sind schon die Landräte und Oberbürgermeister politisch abhängig geworden, wie soll es dem Kreisarzt

ergehen! Hier wird eine deutschnationale, dort eine unabhängig-sozialistische Mehrheit der kommunalen Körperschaften oder einzelne führende Personen ihn lehren, nach ihrem Willen zu handeln. Und die Masse ist oft unsachlich und launisch, und wie so klein sind oft die Menschen und kleinlich die Verhältnisse!

Der Richterstand gilt heute noch mit Recht für völlig sachlich und unparteiisch. Ebenso gilt vielfach, im bedauerlichen Gegensatz zu dem ärztlichen Attest, das man sich „von seinem Arzt geben läßt", das kreisärztliche, stets unter Diensteid abgegebene Zeugnis für streng abgewogen und rein sachlich. Kommt die Kommunalisierung, so ist eine Beeinflussung der Sachlichkeit der Begutachtung unvermeidlich. Oder glaubt jemand, daß sich ein Gutachter immer innerlich — auch im Unterbewußtsein — völlig freimachen kann von äußerer Abhängigkeit?!

Wie haben sich die Zeiten geändert! 1899 bei Beratung des Kreisarztgesetzes verlangten besonders Demokraten und Sozialisten, daß der Kreisarzt Staatsbeamter sei, damit er völlig unabhängig bleibe von dem damals in der Regel konservativen Landrat und Kreisausschuß, während die Konservativen ihn nur als Organ des Landrats haben wollten und später alljährlich bei den Haushaltungsberatungen weidlich über den „übereifrigen Kreisarzt" geschimpft haben. Und heute, nachdem sich gerade diese Unabhängigkeit im allgemeinen Gesundheitswesen, ganz besonders in der Seuchenbekämpfung, glänzend bewährt hat, erstreben dieselben linksstehenden Parteien, daß der Kreisarzt kommunal, d. h., das Organ *ihres* Landrats werden soll, offenbar — und das ist das Trübe daran — nur deshalb, weil sie sich jetzt parteipolitische Vorteile dabei herausrechnen. Aber die Zeiten können sich wieder ändern. Dann wird wohl wieder die Freiheit der Kreisärzte als Staatsbeamte gefordert von denselben, die sie jetzt kommunal abhängig haben wollen! Man darf erwarten, daß in der Medizinalabteilung des Ministeriums für Volkswohlfahrt derartigen Bestrebungen ein unbedingter Widerstand entgegengesetzt wird, zum mindesten von den Herren, die als frühere Kreisärzte die Verhältnisse kennen.

Jede nüchterne Ueberlegung und Sachkenntnis muß dazu führen, zu verlangen, daß ein Mann, der zum Wächter für die Volksgesundheit gesetzt ist, und der öffentlich bestellter Sachverständiger und Obergutachter für Behörden, Gerichte und Träger der sozialen Versicherung ist, ideell und materiell möglichst unabhängig gestellter Staatsbeamter sei. Wenn die allgemeinen gesundheitlichen Verhältnisse in Preußen vor dem Kriege so günstig, während und nachher noch so verhältnismäßig gut, insbesondere frei von großen Seuchen gewesen sind, wenn wir ein gutes Hebammen-, Krankenhaus- und Arzneimittelwesen haben, wenn bei Gerichten und Landesversicherungsanstalten, Versicherungs- und Oberversicherungsämtern die Richtigkeit und Unparteilichkeit der für die Entscheidung grundlegenden Gutachten über allem Zweifel steht, wenn die Fürsorge für das Kindesalter, für Kranke und Gebrechliche aller Arten in ständig zunehmender Blüte steht, so verdankt das die Allgemeinheit in erster Linie dem unermüdlich arbeitenden Kreisarzt, dessen größter Ansporn seine Unabhängigkeit ist — dem *Staatsbeamten*, wie er auf Grund des Gesetzes vom 16. September 1899 geschaffen ist. Man hüte sich, ihm durch „*Kommunalisierung*" *gleichzeitig mit* „*Politisierung*" seine Kraft und Bedeutung zu nehmen! Wer sonstige neuzeitliche, kommunale Wünsche an ihn hat, mag sie aussprechen. Der Kreisarzt wird gern kommunalärztlich mitarbeiten und sehr wohl dazu in der Lage sein, wenn man ihm endlich die kurzsichtiger Weise bisher vorenthaltenen Hilfskräfte und Hilfsmittel gibt und ihm überall die Stellung und den Einfluß einräumt, die er auf Grund seiner Ausbildung und Kenntnis aller Lebensverhältnisse verdient.

Der Kreisarzt ist in der Regel unbeliebt. Das ist selbsverständlich. Der tüchtige und energische Kreisarzt ist notwendig unbeliebt. Weder die Zwangsmaßnahmen auf Grund der Seuchengesetze, noch teure hygienische Forderungen an die Gemeinden, noch die Aufsichtstätigkeit über alle möglichen Einrichtungen und Personen erwerben Sympathien. Erst recht führen die sachlich notwendigen zahlreichen Ablehnungen unberechtigter Ansprüche an Gerichte und Versicherungsträger dazu, daß mancher Kreisarzt in einer für ihn höchst gefährlichen Weise gehaßt wird. Er trägt alle Anfeindungen mit Ruhe auf seinem breiten staatlichen Rücken. Man hüte sich aber, ihm den zu brechen! Man sorge vielmehr dafür, daß seine Stellung, wie früher, den tüchtigsten ärztlichen

Elementen erstrebenswert bleibt, und nicht schließlich nur das ärztliche Kroppzeug, was anderswo nicht unterkommt, Gesundheitsbeamter wird. Die Volksgesundheit und die Rechtssicherheit würden den Schaden davon haben.

Am 13. November hat in Northeim eine **Versammlung der Kreisärzte des Reg.-Bez. Hildesheim** stattgefunden, zu der die Kreisärzte Meyer-Göttingen, Bünting-Osterode, Symanski-Hildesheim, Lücke-Alfeld, Röhrig-Duderstadt, Rittter-Northeim und Roos-Goslar erschienen waren. Es wurden zunächst im allgemeinen die vorgeschlagenen Satzungen des Preuß. Med.-Beamtenvereins angenommen. Zu Ausstellungen boten namentlich die Bestimmungen des Entwurfs Anlaß, daß praktischen Aerzten, die kreisärztlich geprüft sind, allgemein der Beitritt gestattet sein soll. Diesbezügliche Wünsche sollen auf dem nächsten Vertretertage zur Sprache gebracht werden. Ferner wurden allgemeine wirtschaftliche Fragen, insbesondere die Kommunalarzt-, Impfarzttätigkeit besprochen. Als Vorsitzender wurde Geh. Med.-Rat Dr. Meyer in Göttingen, als Schriftführer Dr. Roos-Goslar wiedergewählt. Zu Vertretern wurde Med.-Rat Dr. Bünting-Osterode und als dessen Stellvertreter Dr. Ritter-Northeim ernannt. An die Versammlung schloß sich ein gemeinsames Essen im Hotel „Zur Sonne". Als Ort der nächsten der am 1. Sonntag im Mai 1922 in Aussicht genommenen Verhandlung wurde Goslar bestimmt.

Der Bezirkverein der Medizinalbeamten des Reg.-Bez. Arnsberg hat in seiner am 29. Oktober d. Js. abgehaltenen **Versammlung** als Vertreter zum Vertretertage die Kreisärzte Dr. Wollenweber-Dortmund und Dr. Bröckerhof-Hagen, als deren Stellvertreter die Kreisärzte Med.-Rat Dr. Bliesener-Bochum und Dr. Friedel-Schwelm gewählt. Der Jahresbeitrag wurde für 1921 auf 70 Mark, für die in Ruhestand befindlichen Mitglieder und die Kreisassistenzärzte auf 35 Mark festgesetzt. Der Schriftführer des Vereins, Kreisarzt Dr. Wollenweber-Dortmund, wurde als Vorstandsmitglied des Deutschen und Preußischen Vereins beauftragt, auf eine Erhöhung der Gebühren, insbesondere derjenigen bei der Reichsversicherungsanstalt für Angestellte hinzuwirken. Ferner soll die Bildung einer losen Provinzialvereinigung der 3 Bezirksvereine in der Provinz Westfalen in die Wege geleitet werden.

Das Präsidium des Deutschen Zentralkomitees zur Bekämpfung der Tuberkulose hat den im vorigen Jahr ausgesetzten **Preis** von 3000 Mark für ein neues Verfahren zur **Desinfektion des Auswurfs von Tuberkulösen** der von Geh. Med. Rat Prof. Dr. Uhlenhuth, Privatdozent Dr. Joetten und Dr. Hailer eingereichten Arbeit über Desinfektion mit Alkalilysol, Purol- und Krisollaugen zuerkannt. Eine Gebrauchsanweisung für diese wird in kurzem von der Geschäftsstelle des Zentralkomitees herausgegeben werden.

Der am 24.—29. Oktober d. J. abgehaltenen dritten diesjährigen praktischen und mündlichen **Prüfung für den ärztlichen Staatsdienst in Bayern** haben sich 16 Aerzte unterzogen und davon 6 die Note I, 9 die Note II und einer die Note III erhalten. Im ganzen haben im Jahre 1921 45 Aerzte die Prüfung bestanden, davon je 21 mit der Note I und II und 3 mit Note III. Die nächste Prüfung findet im Mai 1922 statt.

Die ärztliche Gesellschaft für Sexualwissenschaft und Eugenick hat folgende **Preisaufgabe** gestellt: „Sprechen anatomische Grundlagen für das Angeborensein der Homosexualität." Der Preis für die beste Arbeit beträgt: 2000 M. Termin der Ablieferung: spätestens 1. Oktober 1922. Einsendungsstelle: San.-Rat Dr. H. Koester, Berlin W 15, Meineckestraße 7, zweiter Schriftführer des Vereins, der auf Anfrage auch weitere Auskunft erteilt.

Nummer 21, Jahrg. 1921, der Zeitschrift für Aerztliche Fortbildung enthält eine Abhandlung von Prof. Dr. Grotjahn M. d. R. (S.P.D.) über die **Gesundheitspflege im alten und neuen Programm der Mehrheitssozialisten.** Danach sind auf dem diesjährigen Parteitag der sozialdemokratischen Partei Fragen der öffentlichen Gesundheitspflege wegen Mangels an Zeit nicht zur Erörterung gekommen, und in dem neuen Parteiprogramm vorläufig unberücksichtigt geblieben, gleichzeitig aber eine erweiterte, in der Mehrzahl aus Aerzten bestehende Kommission mit der Aufstellung besonderer Richtlinien für diesen Zweck beauftragt, die dem nächsten Parteitag zur Beschlußfassung vorgelegt werden sollen. Die Kommission hat inzwischen diese Richtlinien festgelegt und schlägt die Aufnahme der nachfolgenden Sätze in das Programm vor:

„Uebernahme des gesamten Heil- und Gesundheitswesens in den Gemeindebetrieb unter Beseitigung jeglicher privatkapitalistischer Wirtschaftsreform. Vereinheitlichung des sozialen Versicherungswesens und seine Ausdehnung auf alle Volksangehörigen. Uebernahme und Ausbau der Krankenanstalten, Ambulatorien, Polikliniken, gesundheitlichen Fürsorgeeinrichtungen sowie aller sonstigen, der öffentlichen Gesundheitspflege dienenden Einrichtungen in Stadt und Land. Eingliederung der Aerzte, Hebammen und des übrigen Heil- und Gesundheitswesens unter planmäßiger Verteilung auf Stadt und Land bei sorgfältigster Berücksichtigung der Arbeitsleistung und Arbeitsersparnis sowie Zuhilfenahme aller technischen Hilfsmittel. Sozialisierung der Apotheken und aller Stätten der Herstellung, des Handels und Vertriebs von Heilmitteln und Sanitätswaren. Unentgeltliche, würdige und gleichartige Totenbestattung in der Form der Beerdigung oder Einäscherung nach erfolgter ärztlicher Totenschau."

Den beteiligten Kreisen dürfte es jedenfalls von Wert sein, schon jetzt zu wissen, was ihnen bevorsteht, wenn die sozialdemokratische Partei einmal ans Ruder gelangt und die Macht bekommt, ihr Parteiprogramm durchzusetzen. Sie wird sich dann auch nicht scheuen, ihrem Hauptgrundsatz auf allen Gebieten, also auch auf dem Gebiete der öffentlichen Gesundheitspflege, nach dem Parteiprogramm durchzuführen, d. h. planmäßige Beseitigung aller auf diesen Gebieten bisher tätigen Beamten wie sonstiger Personen und deren Ersatz durch Parteigenossen unter sorgfältigster Berücksichtigung ihrer Gesinnungstüchtigkeit.

Sprechsaal.

Anfrage des Kreisarztes Dr. L. in D.: Nach dem Erlaß vom 17. Januar 1920 sind Kinder, die an Diphtherie erkrankt waren, erst dann zum Schulbesuche wieder zuzulassen, wenn laut ärzlicher Bescheinigung bei 2 durch eine achtundvierzigstündige Pause getrennten bakteriologischen Untersuchungen keine Diphtheriebazillen gefunden worden sind. Die Entnahme des Untersuchungsmaterials hat durch den behandelnden Arzt, den Schularzt oder eine Diphtherie-Fürsorgeschwester zu erfolgen. Wer trägt die Kosten für die Bemühungen des behandelnden Arztes?

Antwort: Die Kostenfrage regelt sich nach § 26 des Landesseuchengesetzes vom 28 August 1905. Demnach sind sie von dem Familienvater zu tragen und falls dieser die Kosten nicht zu tragen vermag, von der Ortspolizeibehörde, d. h. von der Gemeinde. Ist der Kranke Mitglied einer Krankenkasse, so wird diese die Kosten für den Arzt zu tragen haben, denn die Entnahme des Untersuchungsmaterials behufs Feststellung des etwaigen Vorhandenseins von Krankheit oder Genesung ist als ärztliche Behandlung aufzufassen.

Anfrage des Kreisarztes Dr. M. in G.: 1. Gilt der in Nr. 19 der Zeitschrift S. 425 mitgeteilte Vereinsbeschluß, betreffend **Nichtabführung der gerichtsärztlichen Gebühren an die Staatskasse** nur für die Gerichtsärzte und nicht vollbesoldeten Kreisärzte, sondern auch für die Kreisärzte?

2 Hat der Vorstand einen diesbezüglichen Antrag beim Herrn Minister gestellt?

Antwort: Ja! (für beide Fragen).

Mitteilung für die Zwangspensionierten.

Infolge der vielen an den Unterzeichneten gerichteten Anfragen von zwangspensionierten Medizinalbeamten über die von ihnen dieserhalb zu ergreifenden Schritte, wird nochmals betont, dass zunächst jeder einzelne **Beschwerde** gegen die Zwangspensionierung bei dem Minister für Volkswohlfahrt durch die Hand des zuständigen Regierungspräsidenten mit der Forderung auf Weiterzahlung seines vollen Gehaltes erheben muss. Erst wenn er ablehnenden Bescheid erhalten hat, muss er innerhalb 6 Monaten nach Eingang dieses Bescheides Klage bei dem für den Beschwerdeführer zuständigen Landgericht einreichen. Die durch die Klage etwa entstehenden Kosten übernimmt die Vereinskasse, da es sich um eine grundsätzliche, alle Medizinalbeamten betreffende Frage handelt. Vor Einreichung der Klage ist aber die Zustimmung des Vorstandes einzuholen, um ein einheitliches Vorgehen sicherzustellen.

Halle a. S., den 18. November 1921.

Med.-Rat Dr. **Bundt**, Schriftführer.

Mitteilung.

Einem vielfach mir gegenüber geäussertem Wunsch entsprechend, wird dem **Personalverzeichnis der Medizinalbeamten** als Anhang ein Verzeichnis der Bezirksvereine der preussischen Medizinalbeamten einschliesslich der Namen ihrer Vorsitzenden, Schriftführer und Vertreter beigefügt werden. Die Herausgabe des Verzeichnisses wird sich dadurch allerdings um 14 Tage verzögern, weil das dazu erforderliche Material noch nicht vollständig in meinen Händen ist. Ich bitte deshalb die Schriftführer der betreffenden Vereine, mir dieses umgehend zu senden, soweit es noch nicht geschehen ist.

Rapmund.

Verantwortlich für die Schriftleitung: Prof. Dr. Rapmund, Geh. Med.-Rat in Lippspringe.
Druck von J. C. C. Bruns, Minden i. W.

34. Jahrg. Nr. 23 | 5. Dez. 1921.

ZEITSCHRIFT FÜR MEDIZINALBEAMTE

Zentralblatt

für das gesamte Gebiet der gerichtlichen Medizin und Psychiatrie, des staatlichen und privaten Versicherungswesens, sowie für das Medizinal- und öffentliche Gesundheitswesen, einschl. der praktischen und sozialen Hygiene.

Herausgegeben von

Prof. Dr. Otto Rapmund

Geh. Med.-Rat in Bad Lippspringe.

Offizielles Organ des Deutschen, Preussischen, Bayerischen, Sächsischen, Württembergischen, Badischen, Hessischen, Mecklenburgischen, Thüringischen und Braunschweigischen Medizinalbeamtenvereins.

Eine Beilage: Rechtsprechung und Medizinalgesetzgebung

Bezugspreis für das Jahr: 30 M. durch die Post bezogen: 32 M.

VERLAG VON FISCHER'S MEDIZ. BUCHHANDLUNG H. KORNFELD, Berlin W. 62, Keithstraße 5.

INHALT.

Geschäftsstelle und Versand für die Mitglieder des Medizinalbeamtenvereins durch J. C. C. BRUNS, Buchdruckerei, MINDEN i. WESTF.

Alleinige Anzeigen-Annahme und verantwortlich für den Anzeigenteil: HANS PUSCH, BERLIN SW. 48, Wilhelmstraße 28.

Personalien.

Deutsches Reich und Preussen.

Verliehen: Die Amtsbezeichnung außerordentlicher Professor: dem Privatdozenten der Hygiene Dr. Schütz in Kiel; — der Schlesische Adlerorden I. Klasse: dem Kreis-Med.-Rat Dr. Schwer in Allenstein.

Ernannt: Reg.-Rat Dr. Förster beim Reichsgesundheitsamt zum Mitglied dieses Amtes, die Kreisassistenzärzte Dr. Stamm in St. Goarshausen und Dr. Thiele in Arnswalde zu Kreismedizinalräten und Dr. Fischer in Breslau zum Gerichtsmedizinalrat für Breslau-Land, Oberarzt Dr. Zimdars in Lübben zum Kreisassistenzarzt in Altena i. West.

Versetzt: Kreisassistenzarzt Dr. Rott in Berlin nach Frankfurt a. M.

Berichtigung: Kreisarzt Dr. Pusch, bisher stellvertretender Reg.- und Med.-Rat in Aachen ist als ständiger Hilfsarbeiter an die Regierung in Breslau (nicht Aachen, wie es irrtümlich in Nr. 22 heißt) versetzt.

Ausgeschieden aus dem Staatsdienst: Reg.- u. Med.-Rat Dr. Clauditz in Trier (ist zum Stadtmedizinalrat in Aachen ernannt) und Kreisarzt Dr. Mangold in Königsberg (ist in Dienst des Freistaates Danzig eingetreten).

Bayern.

Ernannt: ord. Prof. Dr. Wintz in Erlangen zum zweiten Suppleanten des Medizinalkomitees der Universität Erlangen an Stelle des ausgeschiedenen Geh. Hofrat Prof. Dr. L. Seitz.

Sachsen.

Ernannt: Reg.-Med.-Rat Dr. Reichardt in Chemnitz zum Stadtarzt-Assistent und ständigen Vertreter des Stadtbezirksarztes, Dr. G. Matthäus in Meißen als Stadtarzt daselbst.

Württemberg.

Gestorben: Med.-Rat Dr. Palmer, Oberamtsarzt a. D. in Biberach.

Baden.

Verabschiedet auf eigenes Ersuchen: Med.-Rat Dr. Warth, Bezirksarzt in Müllheim.

Sonstige Familiennachrichten.

Verehelicht: Stadtarzt Dr. Bickert in Essen a. Ruhr mit Frau Anni geb. Kramer in Iserlohn.

Verlobt: Dr. Georg Straßmann, Assistent am Institut für Staatsarzneikunde in Berlin mit Fräulein Ilse Marwitz, Tochter des Geh. Oberjustizrats und Senatspräsidenten Dr. Marwitz in Berlin-Friedenau.

34. Jahrg. Zeitschrift 1921.

für

MEDIZINALBEAMTE

Zentralblatt
für das gesamte Gebiet der gerichtlichen Medizin und Psychiatrie, des staatlichen u. privaten Versicherungswesens, sowie für das Medizinal- u. öffentliche Gesundheitswesen, einschl. der prakt. u. sozialen Hygiene

Herausgegeben
von
Prof. Dr. Otto Rapmund
Geh. Med.-Rat in Bad Lippspringe.

Offizielles Organ d. Deutschen, Preußischen, Bayerischen, Sächsischen, Württembergischen, Badischen, Hessischen, Mecklenburgischen, Thüringischen u. Braunschweigischen Medizinalbeamtenvereins

Verlag von Fischer's med. Buchhandlung H. Kornfeld
Herzogl. Bayer. Hof- u. K. u. K. Kammer-Buchhändler
Berlin W. 62, Keithstrasse 5

Nr. 23. | Erscheint am 5. und 20. jeden Monats | 5. Dez.

B. Bericht über die Versammlungen des Preussischen Medizinalbeamtenvereins.

a. Vertreter-Versammlung
in Nürnberg, am 9. September 1921, nachmittags 4 1/2 Uhr, im Künstlerhause.

Nachdem am Freitag, vormittags von 9—12 Uhr, eine Vorstandssitzung abgehalten war, in der alle auf der Tagesordnung der Vertreter-Versammlung und der Hauptversammlung stehenden Verhandlungsgegenstände eingehend erörtert waren, fand nachmittags eine Vertreter-Versammlung statt. Anwesend waren:

a) die Vorstandsmitglieder:
Geh. Med.-Rat Dr. Wodtke-Jena, Vorsitzender,
Geh Med.-Rat Prof. Dr. Strassmann-Berlin, stellvtr. Vors.,
Med.-Rat Dr. Bundt-Halle, Schriftführer,
Geh. Med.-Rat Prof. Dr. Rapmund-Bad Lippspringe.

b) die gewählten Provinzialvertreter:
Geh. Med.-Rat Dr. Forstreuter-Königsberg (für Ostpreußen),
Med.-Rat Dr. Sandhop-Stettin (für Pommern),
Med.-Rat Dr. Rogowski-Berlin (für Berlin),
Kreisarzt Dr. Manthey-Belzig (für Brandenburg),

Reg.- und Geh. Med.-Rat Dr. Solbrig-Breslau (für Schlesien),
Geh. Med.-Rat Dr. Kluge-Wolmirstedt (für Sachsen),
Reg.- und Geh.-Med.-Rat Dr. Rockwitz-Kassel (für Hessen-Nassau),
Kreisarzt Dr. Wollenweber-Dortmund (für Westfalen) und
Med.-Rat Dr. Vollmer-Kreuznach (für die Rheinprovinz).
Als Gast: Geh. Med.-Rat Prof. Dr. Schultze-Göttingen.

I. Geschäfts- und Kassenbericht.

Herr Med.-Rat Dr. **Bundt**, Schriftführer: Die Mitgliederzahl des Vereins betrug am

	Während des laufenden Jahres sind:			Bestand am
1. 1. 1920:	gestorben:	ausgetreten:	neuaufgenommen:	31. 12. 1920:
760	20	32	57	765
1. 1. 1921:				6. 9. 1921:
765	13	25	27	754

Die Mitgliederzahl hat somit eine geringe Abnahme erfahren.

Was die Tätigkeit des Vorstandes angeht, so sind seit der letzten Hauptversammlung in Weimar drei Vorstandssitzungen abgehalten worden: am 28. 5. 1920 in Berlin, am 30. 1. 1921 in Kassel und am 12. 7. 1921 in Berlin. In allen drei Sitzungen wurden die Fragen der Stellung, Besoldung und Amtsbezeichnung der Medizinalbeamten, sowie Stellung des Preuß. Medizinalbeamtenvereins zu anderen Vereinen und Beamtenbünden wiederholt und aufs sorgfältigste behandelt. Auf Grund der in diesen Vorstandssitzungen gefaßten Beschlüsse sowie auf Grund zweier schriftlicher Umfragen sind dann folgende Eingaben an die Nationalversammlung und den Landtag sowie an die zuständigen Minister und Behörden zur Ausführung gebracht:

1. Am 1. Februar 1920: Bitte an die preußische verfassunggebende Nationalversammlung um Um- und Ausgestaltung des preußischen öffentlichen Gesundheitswesens, Errichtung eines Ministeriums für Volksgesundheit, Abteilungen in Provinzen und Bezirken, Vollbesoldung aller Kreisärzte, Kreisgesundheitsämter, Gesundheitsräte in allen Instanzen.
2. Am 20. März 1920: Eingabe an den H. Minister für Volkswohlfahrt mit der Bitte um eine zeitgemäße und dem wirklichen Aufwand entsprechende Festsetzung der Dienstaufwandentschädigung für die Kreisärzte. (Bescheid nicht erhalten).
3. Am 1. Juni 1920: Eingabe an die preußische verfassunggebende Landesversammlung mit der Bitte um eine Aenderung der Besoldungsgruppen und Besoldungshöhe für Medizinalbeamte.
4. Am 15. Juli 1920: Bericht an den Herrn Minister für Volkswohlfahrt zum Entwurf eines Gebührengesetzes.
5. Am 15. Juli 1920: Eingabe an den H. Minister für Volkswohlfahrt mit der Bitte um Regelung der Amtsbezeichnung der Reg.-Med.-Räte und Kreisärzte. (Bescheid nicht erfolgt).
6. Am 8. September 1920: Eingabe an den H. Minister für Volkswohlfahrt mit der Bitte um Regelung der Amtsbezeichnung für Kreisassistenzärzte. (Bescheid nicht eingegangen).
7. Am 15. September 1920: Eingabe an den H. Minister für Volkswohlfahrt mit der Bitte um Ausschreibung freier Kreisarztstellen. Auf diese Eingabe ist unter dem 25. September 1920 der Bescheid ergangen, daß eine solche Ausschreibung noch nicht durchweg möglich sei, weil Medizinalbeamte aus den besetzten Gebieten unterzubringen seien und Abweisung von Bewerbern unzufrieden mache. Im übrigen erklärt sich der Herr Minister aber zur Ausschreibung bereit und wird Grundsätze für Stellenbesetzung in wohlwollende Erwägung ziehen.
8. Am 15. September 1920: Eingabe an die Mitglieder des Besoldungsausschusses der preußischen verfassunggebenden Landesversammlung und Denkschrift betr. Hebung und wirtschaftliche Besserstellung der preußischen Medizinalbeamten.
9. Am 23. September 1920: Eingabe an den H. Minister für Volkswohlfahrt betr. anderweite Festsetzung der Tagegelder und Reise-

kosten der Kreisärzte. Durch Bescheid vom 26. August 1921 ablehnend beantwortet.

10. Am 4. Dezember 1920: Eingabe an den H. Minister für Volkswohlfahrt mit der Bitte, den preußischen Medizinalbeamtenverein als Vertretung der Medizinalbeamten anzusehen. (Betreffs des Bescheides s. Ziffer 11).

11. Am 8. Februar 1921: Eingabe an den H. Minister für Volkswohlfahrt betr. alleinige Vertretung der Medizinalbeamten durch den Medizinalbeamtenverein. Unter dem 6. August d. J. ist hierauf der Bescheid erfolgt, daß Anträge in Standesangelegenheiten der Medizinalbeamten künftig durch den Preußischen Medizinalbeamtenverein einzureichen sind.

12. Am 8. Februar 1921: Eingabe an den H. Minister für Volkswohlfahrt mit der Bitte um Ueberlassung des Entwurfes der Prüfungsordnung. (Bescheid bisher nicht erfolgt).

13. Am 24. Februar 1921: Eingabe an den H. Minister für Volkswohlfahrt mit Beschwerde über unzureichende Tagegelder in gerichtsärztlichen Angelegenheiten. Unter dem 26. März d. J. ist hierauf der Bescheid erfolgt, daß die Beschwerde inzwischen durch Gesetz vom 10. Februar 1921 erledigt sei.

14. Am 24. Februar 1921: Wiederholung der Bitte an den H. Minister für Volkswohlfahrt um Erhöhung der Dienstaufwandentschädigung entsprechend dem wirklichen Aufwand. (Antwort nicht eingegangen).

15. Am 6. März 1921: Erneute Bitte an den H Minister für Volkswohlfahrt um Regelung der Amtsbezeichnung. (Bescheid nicht erfolgt).

16. Am 24. April 1921: Bericht an den H. Minister für Volkswohlfahrt aus Anlaß des Min.-Erl. vom 2. April 1921 betreffend das Gesuch der Leiter der Medizinaluntersuchungsämter um höhere Besoldung.

17. Am 4 Mai 1921: Wiederholte Eingabe an den H. Minister für Volkswohlfahrt betr. Erhöhung der Dienstaufwandentschädigung (Bescheid nicht erfolgt).

18. Am 10. Mai 1921: Erneutes Gesuch an den H. Minister für Volkswohlfahrt um entsprechende Einreihung der Medizinalbeamten in Rang- und Besoldungsklassen und um entsprechende Amtsbezeichnung (Bescheid nicht erfolgt).

19. Am 10. Mai 1921: Gesuch an den H. Minister für Volkswohlfahrt um anderweitige Festsetzung der Ruhegehälter nichtvollbesoldeter Kreisärzte. Durch Min.-Erlaß vom 6. August 1921 I M I Nr. 1448 ablehnend beschieden, da eine Gleichstellung nichtvollbesoldeter Kreisärzte mit den vollbesoldeten im Ruhegehalt nach den Vorschriften des Zivilruhegehaltsgesetzes nicht möglich ist.

20. Am 13. Mai 1921: Bericht an den H. Minister für Volkswohlfahrt auf dessen Erlaß vom 1. Mai d. J. betr. Beteiligung und Stellung der Medizinalbeamten im Landesgesundheitsrat und gerichtsärztlichem Provinzialausschuß.

21. Am 14. Mai 1921: Eingabe an den H. Minister für Volkswohlfahrt mit der Bitte um Belassung der gerichtsärztlichen Gebühren an Gerichtsärzte und Kreisärzte. (Bescheid noch nicht erfolgt).

22. Am 20. Mai 1921: Erneutes Gesuch an den H. Minister für Volkswohlfahrt um entsprechende Einreihung der Medizinalbeamten in Rang- und Besoldungsklassen (Bescheid nicht erfolgt).

23. Am 13. Juni 1921: Eingabe an den H. Minister für Volkswohlfahrt mit der Bitte um Mitwirkung der Medizinalbeamten bei Ausführung des Reichsjugendamtes. Durch Min.-Erlaß vom Juli 1921 ist der Bescheid erfolgt, daß die Mitwirkung staatlicher und kommunaler Medizinalbeamten im preußischen Ausführungsgesetz geregelt werde.

24. Am 23. Juni 1921: Eingabe an den H. Minister für Volkswohlfahrt mit der Bitte um Anhörung des Medizinalbeamtenvereins zum Entwurf des neuen Disziplinargesetzes. Einrichtung besonderer Kammern für Medizinalbeamte. Durch Min.-Erlaß vom 11. August 1921 dahin beschieden, daß der Entwurf nur ein vorläufiger sei. Wiederholung des Antrags wird anheimgestellt.

25. Am 25. Juli 1921: Eingabe an den H. Justizminister mit der Bitte um vorzugsweise Uebertragung der **Gefängnisarztstellen an beamtete Aerzte.** (Bescheid nicht erfolgt).

26. Am 29. August 1921: Eingabe an den H. Minister für Volkswohlfahrt mit der Bitte um Zulassung eines **Vertreters der Medizinalbeamten zu den Verhandlungen des Besoldungsausschusses** der Landesversammlung.

Leider ist nur auf einen kleinen Teil dieser Eingabe eine Antwort geworden. Der Vorwurf der Untätigkeit und der mangelnden Tatkraft, der dem Vorstand von verschiedenen Mitgliedern gemacht worden ist, beruht aber jedenfalls auf Unkenntnis und Irrtum.

In der Aussprache wurde von sämtlichen Anwesenden die Unberechtigung dieses Vorwurfes anerkannt und allseitig bedauert, daß die vielen Eingaben so wenig Berücksichtigung in der Zentralinstanz und meist überhaupt keine Antwort gefunden hätten. Es sei darin eine bedauerliche Nichtbeachtung des ganzen Standes zu erblicken und die in diesem herrschende Mißstimmung und Verdrossenheit durchaus begreiflich. Von verschiedenen Seiten, namentlich von Med.-Rat Dr. Rogowski-Berlin, wurden häufigere und ausführlichere Veröffentlichungen in der Zeitschrift für Medizinalbeamte über die Tätigkeit des Vorstandes gewünscht. Geh. Med.-Rat Dr. Solbrig-Breslau beschwerte sich ferner über die mangelnde Berücksichtigung, die seine Vorschläge bei der Verleihung von Aufrückungsstellen an die Kreisärzte seines Bezirkes gefunden haben. Geh. Med.-Rat Prof. Dr. Rapmund betonte die Notwendigkeit einer stärkeren Fühlung mit der Tagespresse und deren Beeinflussung zur Vertretung unserer Interessen; er betonte außerdem, daß man sich nicht bloß auf schriftliche Eingaben beschränken dürfe, sondern beim Herrn Minister selbst persönlich vorstellig werden und ihm unsere Wünsche vortragen müsse, eine Ansicht, der allgemein zugestimmt wurde. Kreisarzt Dr. Wollenweber-Dortmund sieht in einer straffen Organisation des Vereins das beste Mittel, dem Vorstand das Gefühl zu geben, daß alle Mitglieder hinter ihm stehen, um auf diese Weise seine Kraft und seinen Einfluß der Zentralbehörde gegenüber zu stärken.

Der Schriftführer erstattete hierauf den **Kassenbericht.** Danach haben betragen die

a. Einnahmen:

Kassenbestand am Schluß des Jahres 1920 .	8 184,55 M.	
Beiträge bis 6. September 1921	22 473,75 „	
Zinsen	329,25 „	
insgesamt:		25 987,55 M.

b. Ausgaben:

Druckkosten	400,00 M.	
Vorstandssitzungen	1 862,70 „	
Beitrag zum Deutschen Medizinalbeamtenverein	2 280,00 „	
„ „ Reichsbund höherer Beamten . .	3 040,00 „	
Bezugspreis für die Zeitschrift	9 375,00 „	
Bürobedarf, Schreibhilfe, Porto usw. . . .	1 204,80 „	
Kapitalsteuer, Scheckgebühr usw.	24,30 „	
insgesamt:		18 186,80 M.
Mithin Kassenbestand:		7 800,75 M.

Zu diesem kommen noch als Vereinsvermögen: 5000 M. Deutsche Reichsanleihe. Für das Jahr 1921 steht aber noch eine Ausgabe von mindestens 18 000 M. für Druckkosten, Geschäftsunkosten, Beitrag an den Deutschen Medizinalbeamtenverein, Bezugspreis für die Zeitschrift (II. Halbjahr) und für eine noch zu berufende Vertreterversammlung zu, so daß für das Jahr 1921 unbedingt eine Nachzahlung von 25 Mark und für das Jahr 1922 eine Erhöhung des Jahresbeitrags auf 75 Mark erforderlich sei, weil dann für jedes Mitglied 40 M. an den Deutschen Medizinalbeamtenverein abzuführen sind, der dafür die Kosten für den Bezug der Zeitschrift sowie für die Hauptversammlung des Deutschen Vereins einschließlich der dadurch entstehenden Druck-

kosten aus seiner Kasse allein zu tragen hat, während bisher der Preußische Medizinalbeamtenverein Zuschüsse hierzu gegeben hat. Diesem würde dann für seine besonderen Vereinszwecke jährlich 35 M. für das Mitglied zur Verfügung stehen und er dadurch imstande sein, in Zukunft in wirksamerer Weise als bisher die beruflichen und wirtschaftlichen Interessen der Medizinalbeamten wahrzunehmen. Dazu gehörten aber auch größere Geldmittel. Geh. Med.-Rat Dr. Rapmund bezweifelt sogar, daß künftighin die beantragte Erhöhung des Beitrages ausreichen werde.

Der Vorschlag des Schriftführers, für 1921 eine Nachzahlung von 25 Mark zu erheben und für 1922 den Beitrag auf 75 Mark festzusetzen, wird einstimmig angenommen:

II. Amtsbezeichnung, Hebung und wirtschaftliche Lage der Medizinalbeamten.

Nach einer längeren, sehr lebhaften Aussprache über die Frage der **Amtsbezeichnung,** wird beschlossen, der Hauptversammlung als Amtsbezeichnung vorzuschlagen für die

a) Kreisassistenzärzte: Medizinalassessor,
b) Kreisärzte: Kreisarzt und Medizinalrat bezw. Obermedizinalrat,
c) Regierungs- und Med.-Räte: Oberregierungsrat.

Im Anschluß hieran werden dann alle wichtigeren, die **Stellung und Besoldung der Medizinalbeamten** betreffenden Fragen besprochen. In der Aussprache war man allgemein der Ansicht, daß für alle Kreisärzte die Vollbesoldung und gleichzeitig ihre Zuteilung in Gruppe XI mit Aufrückung in Gruppe XII, bei den Regierungs- und Medizinalräten die Zuteilung in Gruppe XII mit Aufrückung in Gruppe XIII erstrebt werden müsse. Die Aufrückung habe lediglich nach dem Dienstalter zu erfolgen, auch bei den Reg.- und Med.-Räten. Solange noch nicht vollbesoldete Kreisarztstellen vorhanden seien, müsse auch bei ihnen eine Aufrückung erfolgen, ebenso wie bei den Gerichtsärzten; desgleichen sei ihr Ruhegehalt in gleicher Höhe wie das der vollbesoldeten zu bemessen. Auch sei dahin zu streben, daß den pensionierten Reg.- u. Med.-Räten, die eine pensionsfähige Zulage von 600 M. erhalten hätten, das Ruhegehalt einer Aufrückungsstelle gewährt würde. Die in den neuen Haushalt für 1921 vorgeschlagene Erhöhung der Dienstaufwandsentschädigung wird einstimmig als nicht ausreichend erachtet und voller Ersatz der Unkosten oder Stellung eines Büros verlangt. Hinsichtlich der gerichtsärztlichen Gebühren wurde allgemein der Standpunkt vertreten, daß ihre Abführung an die Staatskasse auch seitens der vollbesoldeten Kreisärzte unberechtigt sei, da alle anderen vollbesoldeten Staatsbeamten die Gebühren für gerichliche Gutachten usw. behielten und gerade die Erstattung von gerichtsärztlichen Gutachten meist unter Zuhilfenahme von Ueberstunden erfolge. Es wird beschlossen, der Hauptversammlung dementsprechende Vorschläge zu machen.

III. Fühlungnahme des Vorstandes mit den Vereinsmitgliedern; Satzungsänderung.

Hierzu liegen zwei Entwürfe für die Satzungsänderungen vor, der eine von Geh. Rat Dr. Wodtke, der nur zu § 8 der alten Satzungen eine Versammlung der Vertreter der einzelnen Provinzen zur Beratung besonders wichtiger wissenschaftlicher und organisatorischer Fragen durch den Vorstand berufen lassen will, und der zweite von Geh. Rat Dr. Rapmund, der im Anschluß und in Erweiterung eines Entwurfes von Med.-Rat Dr. Bundt den Aufbau des Preußischen Medizinalbeamtenvereins mit der Bildung von Bezirksvereinen zum Ziele hat.[1])

Außerdem war von Med.-Rat Dr. Rogowski im Auftrage der Berliner Medizinalbeamten nachfolgender Antrag gestellt:

---

[1]) Dieser Entwurf ist in Nr. 19 dieser Zeitschrift für Medizinalbeamte, Seite 420, bereits veröffentlicht, so daß sich sein nochmaliger Abdruck erübrigt.

„Die Regierungs- und Medizinalräte mit den Hilfsarbeitern bei den Regierungen einerseits, die Kreis- und Gerichtsärzte mit den Direktoren der Medizinaluntersuchungsämter und den Kreisassistenzärzten anderseits, soweit sie Mitglieder des Preußischen Medizinalbamtenvereins sind, bilden je eine besondere Fachgruppe innerhalb des Vereins. Jede Fachgruppe bildet einen eigenen Vorstand, der für die erstere Gruppe aus drei Mitgliedern, für die letztere Gruppe aus je einem Vertreter für jede Provinz (gemäß § 9a des Rapmundschen Satzungentwurfs) besteht. Die Vorstände der Fachgruppen werden mittels Stimmzettel für die Dauer von drei Jahren gewählt. Für jedes Vorstandsmitglied ist in gleichem Wahlgang ein Stellvertreter zu wählen.

Der Vorstand des Preußischen Medizinalbeamtenvereins kann in geeigneten Fällen die Vorstände beider Fachgruppen oder g. F. einen der beiden Fachgruppen zu einer gemeinsamen Besprechung zusammenberufen.

Jede Fachgruppe ist berechtigt, ihre eigenen wirtschaftlichen und Standes-Belange durch Vermittelung des geschäftsführenden Vorstandes des Preußischen Medizinalbeamtenvereins zu vertreten.

Die Vorstände beider Fachgruppen zusammen mit dem geschäftsführenden Vorstand des Preußischen Medizinalbeamtenvereins bilden den preußischen „Medizinalbeamtenausschuß", der die sachverständige Beratungsstelle für die zuständigen Ministerien in Angelegenheiten der preußischen Medizinalangelegenheiten darstellt."

Geh. Med.-Rat Dr. Wodtke zieht seinen Antrag zurück, äußert aber Bedenken gegen den Rapmundschen Entwurf, da dessen Ausführung erhebliche Kosten verursachen werde; er warnt ferner vor einer Ueberorganisation, die er in dem Antrag von Rogowski sieht, der neben der vertikalen Gliederung des Vereins in Bezirksgruppen eine zweite horizontale Gliederung vorschlägt.

In der **Aussprache** wird von Geh. Med.-Rat Dr. Rapmund die Wichtigkeit der Gründung von Bezirksvereinen zur möglichst vollständigen Erfassung sämtlicher Medizinalbeamten und Erweckung erhöhter Anteilnahme an dem Wirken des Preußischen Medizinalbeamtenvereins betont. Kreisarzt Dr. Wollenweber erklärt, der Arnsberger Bezirksverein habe Richtlinien für die Reorganisation aufgestellt, die in der Medizinalbeamten-Zeitung veröffentlicht seien. Da sie sich im wesentlichen mit dem Rapmundschen Entwurf decken, so stimme er für ihn. Die Umwandlung sei zeitgemäß; sie gewährleiste dem aus den Mitgliedern herausgewählten Vorstand eine vollkommenere Rückendeckung und gebe ihm eine größere Macht und Stoßkraft bei der Vertretung des Vereins gegenüber den Behörden sowie engere Fühlung mit den Mitgliedern. Gegenüber den Erwägungen von Dr. Manthey, der Provinzialvereine empfiehlt, weil ihm die Einteilung in Bezirksvereine zu weit geht, sprechen sich Geh. Rat Dr. Rapmund und Geh. Rat Dr. Solbrig für die Einteilung nach Bezirken aus, da in diesen die gemeinsamen Interessen liegen. Die Besorgnis, daß hier die Regierungs- und Medizinalräte ein schädliches Uebergewicht bekommen könnten, wird schon durch den Umstand zerstreut, daß nur zwei Reg.- und Med.-Räte als Vertreter entsandt sind; außerdem lägen den meisten von diesen die Interessen der Kreisärzte ganz besonders am Herzen.

Man einigte sich schließlich dahin, daß eine Durchberatung der einzelnen Satzungsparagrahen sowohl in der Vertreterversammlung, als auch in der diesjährigen Hauptversammlung untunlich sei. Der darauf von Med.-Rat Dr. Bundt im Namen des Vorstandes gestellte, der Hauptversammlung zur Annahme vorzulegende Antrag:

„Der Medizinalbeamtenverein wird reorganisiert im Sinne des Rapmundschen Satzungsentwurfes. Der Entwurf wird in den bestehenden und alsbald zu bildenden Bezirksvereinen durchberaten. Die Hauptversammlung ermächtigt eine noch in diesem Jahre zu berufende Vertreterversammlung, die Fassung der Satzungen auf Grund dieser Vorberatungen endgültig und bindend festzustellen"

wird hierauf einstimmig angenommen. Gleichzeitig wurden nach längeren Auseinandersetzungen zwei von Med.-Rat Dr. Bundt vorgeschlagenen Aenderungen gutgeheißen:

§ 2 Absatz 1 erhält statt: „Zum Beitritt in den Verein sind berechtigt“ den Wortlaut „sind aufnahmefähig“.

§ 9b statt „aus je einem Vertreter der wissenschaftlichen gerichtlichen Medizin, Psychiatrie und Hygiene bezw. Sozialhygiene“ erhält die Fassung „aus vier weiteren Mitgliedern, die von den zu a genannten zuzuwählen sind.“

Die unbeschränkte Auswahl dieser vier Mitglieder schien in Rücksicht auf die spätere Wahl des Geschäftsführenden Vorstandes erforderlich.

Med.-Rat Dr. Rogowski beantragt im Anschluß hieran, noch in den Satzungen die Bestimmung aufzunehmen: „Der Landesvorstand gilt als Beamtenausschuß,“ weil er von einem solchen eine zeitgemäßere und erfolgreichere Vertretetung unserer Interessen hofft. Er stellt außerdem die Frage, ob das bestandene Kreisarztexamen auch weiterhin Vorbedingung für die Aufnahme sein soll und äußert Bedenken gegen das Hineinkommen allzuvieler nicht staatlicher Medizinalbeamter in die Bezirksvereine, deren Ueberwiegen in Groß-Berlin zu fürchten sei. Man kommt überein, beide Fragen der Entschließung der Vertreterversammlung zu überlassen.

IV. Verschiedenes.

a) Geh. Med.-Rat Dr. Rapmund und Med.-Rat Dr. Rogowski halten es unter den jetzigen Verhältnissen nicht mehr für richtig, daß die Medizinalbeamten weiterhin Mitglieder der **staatlichen Aerzteorganisation** seien und Beiträge zu dieser zahlen müssen. Med.-Rat Dr. Bundt, Geh. Med.-Rat Dr. Forstreuther und Med.-Rat Dr. Kluge widersprachen dieser Ansicht; sie sehen in dem Verbleiben der Medizinalbeamten in der Aerztekammer die Gewähr für das durchaus notwendige gute Verhältnis der Medizinalbeamten zu den praktischen Aerzten.

b) Kreisarzt Dr. Wollenweber stellt alsdann mit Rücksicht auf eine nach seiner Ansicht drohende **Kommunalisierung der Kreisärzte** folgenden der Hauptversammlung zur Beschlußfassung vorzulegenden Antrag:

> „Der Preußische Medizinalbeamtenverein erblickt in den Bestrebungen nach einer Umwandlung der staatlichen Beamtenstellung der Kreisärzte in eine kommunale — die sogenannte „Kommunalisierung“ — eine Gefährdung ihrer Unabhängigkeit als Gesundheitsbeamter wie als Gutachter. Er ist der Ueberzeugung, daß die „Kommunalisierung“ die Kreisärzte in Abhängigkeit von den kommunalen Körperschaften bezw. der jeweils in ihnen herrschenden Partei bringen und einer „Politisierung“ nahe kommen würde. Eine derartige Abhängigkeit ist aber weder mit der Erfüllung der staatlichen Aufgaben auf dem Gebiete des Gesundheitswesens, noch mit einer unparteiischen Tätigkeit als öffentlicher ärztlicher Sachverständiger vereinbar. Die öffentliche Gesundheitspflege würde durch die Kommunalisierung Schaden leiden. Der Verein glaubt aber auch in einer gegen den Willen der Medizinalbeamten etwa stattfindenden Umwandlung ihrer Stellung einen Eingriff in die durch die Verfassung geschützten, wohl erworbenen Rechte der Medizinalbeamten erblicken zu müssen.“

Der Antragsteller sieht in einer solchen Kommunalisierung die größte Gefahr für die Bewegungsfreiheit und Unabhängigkeit der beamteten Aerzte.

Dem Antrag wird einstimmig zugestimmt; er soll der Hauptversammlung zur Beschlußfassung vorgelegt werden.

c) Gegen eine **erweiterte Abführung der Gebühren**, die auf Mitteilung von Med.-Rat Dr. Sandhop bevorstehen soll, wird eine augenblickliche Stellungnahme abgelehnt.

d) Med.-Rat Dr. Vollmer wünscht die **Wiederherausgabe des Kalenders für Medizinalbeamte.** Geh. Med.-Rat Dr. Rapmund erklärt, daß ein solcher der hohen Herstellungskosten wegen nicht möglich sei, daß er aber im Verein mit Geh. Med.-Rat Dr. Solbrig die Herausgabe eines Handbuches der preußischen Gesundheitsgesetzgebung beabsichtige; daneben solle dann jährlich ein Verzeichnis der preußischen Medizinalbehörden und der Medizinalbeamten einschließlich derjenigen des Deutschen Reiches erscheinen. Das Verzeichnis werde voraussichtlich schon Ende November d. J. fertig gestellt sein.

e) Geh. Med.-Rat Dr. Rockwitz hält eine Stärkung und Stützung **der Stellung der Kreisärzte in den Kreisgesundheitsämtern** gegenüber Landräten und sonstigen Vorstehern dieser Aemter und Kreisfürsorgerinnen für notwendig und wünscht, daß diese Frage in der Hauptversammlung zur Sprache gebracht würde.

f) Mit einem Antrag auf Erhöhung der Gebühren für **Gutachten bei der Reichsversicherungsanstalt für Angestellte** wird Kreisarzt Dr. Wollenweber an die Hauptversammlung des Deutschen Medizinalbeamtenvereins verwiesen.

g) **Eingänge:**

1. Eine Anfrage des Med.-Rats Dr. König-Soldin, ob er nunmehr gegen seine **Zwangspensionierung** klagbar werden könne. Es soll ihm geantwortet werden, daß er ein Monatsgehalt einklagen solle; der Verein würde die etwaigen Gerichtskosten übernehmen.
2. Eine Beschwerde des Kreisarztes Dr. Grimm-Berlin, daß ihm bei seinem **Besoldungsdienstalter** die Zeit seiner Tätigkeit als Regierungsarzt in Kamerun nicht angerechnet sei. Ihm wird eine Beschwerde beim Minister angeraten. Zugleich soll der Minister vom Verein um Mitteilungen der allgemeinen Grundsätze bei Festsetzung des Besoldungs- und Ruhegehaltsdienstalters gebeten werden.
3. Eine Anfrage der Nahrungsmittelchemiker wegen **der Erhöhung der Tagegelder bei Reisen** nach nahegelegenen Orten soll dahin beantwortet werden, daß es sich hierbei um eine alle Beamtengruppen betreffende Angelegenheit, deren anderweite Regelung deshalb am zweckmäßigsten von einer größeren Beamtengruppe (Bund höherer Beamten) beantragt würde.

h) In der darauf folgenden Besprechung über die **Vorstandswahlen** einigt sich die Vetreterversammlung dahin, der Hauptversammlung eine Wiederwahl der Vorstandsmitglieder bis zu den Satzungsänderungen vorzuschlagen. Für Kreisarzt Med.-Rat Dr. Geisseler-Potsdam, der vom Vorstand kooptiert war und eine Wiederwahl ablehnt, soll Rogowski-Berlin, vorgeschlagen werden.

Schluß: 9 Uhr abends.

---

b. XXXII. Hauptversammlung des Preussischen Medizinalbeamtenvereins

in Nürnberg am 10. September 1921, nachmittags $5^1/_2$ Uhr, im Künstlerhause.

Der Vorsitzende, H. Geh. Med.-Rat Dr. **Wodtke,** eröffnete die Sitzung und teilt vor Eintritt in die Tagesordnung mit, daß nach einem Telegramm aus Berlin das Staatsministerium beschlossen habe, den Kreisärzten die Amtsbezeichnung „Kreismedizinalrat" zu geben. Da diese Bezeichnung die einstimmige Ablehnung aller anwesenden Kreisärzte erfährt, so wird einstimmig beschlossen, dieser Ablehnung durch ein Telegramm an das Preußische Staatsministerium und den Minister für Volkswohlfahrt energischen Ausdruck zu geben. Die Fassung wird dem Vorstand überlassen (siehe nachstehend unter V).

I. Geschäftsbericht.

Der Schriftführer, Med.-Rat Dr. **Bundt,** erstattet den Geschäftsbericht wie in der Vertreterversammlung, sodaß auf diesen Bezug genommen werden kann.

Die Versammlung überzeugt sich von der regen Tätigkeit und den eifrigen Arbeiten des Vorstandes für das Wohl der Mitglieder des Preußischen Medizinalbeamtenvereins und spricht dem Vorstand ihr Vertrauen aus.

II. Kassenbericht.

Der Kassenbericht wird ebenfalls vom Schriftführer wie in der Vertreterversammlung erstattet (siehe den Bericht darüber). Auf Antrag des

Vorstandes wird ihm Entlastung erteilt und dem Antrage des Vorstandes entsprechend einstimmig beschlossen:

für 1921 noch einen Zuschuß von 25 Mark zum Jahresbeitrag zu erheben und für 1922 den Jahresbeitrag auf 75 Mark festzusetzen.

III. Freie Aussprache über die amtliche Stellung und wirtschaftliche Lage der Medizinalbeamten.

H. Kreisarzt Dr. **Wollenweber**-Dortmund-Land führt aus, daß die Medizinalbeamten unpolitische Beamte seien und sich daher durch das Hineintragen parteipolitischer Interessen in das Gesundheitswesen in ihrem Amt und ihrer Stellung geschädigt fühlen müßten. Die Medizinalbeamten sind sehr unzufrieden. Sie waren es auch mit dem Vorstande. haben sich aber durch den Geschäftsbericht überzeugt, daß sich ihre Unzufriedenheit gegen eine andere Stelle richten müsse. Sie sprechen deshalb dem Vorstande heute ihr volles Vertrauen aus und wenden sich gegen die Betrebungen, ihre Stellung zu unterwühlen, was nur geschieht, weil die Parteien keine Staatsbeamten mit steifem Nacken und in unabhängiger Stellung haben wollen. Sie wollen sich nicht politisieren lassen; denn das Hineintragen der Politik in das Gesundheitswesen ist ein Nachteil für die Beamten und das Gesundheitswesen selbst. Sie verlangen Mitwirkung an den Erlassen des Ministeriums und Gesetzen, die das Gesundheitswesen und die Gesundheitsbeamten angehen. Die moderne Zeit gibt ihnen das Recht, nicht nur Objekt, sondern auch Subjekt der Gesetzgebung sein zu wollen. Sie wenden sich gegen jegliche Kommunalisierungsbestrebungen, die geeignet sind, die Unabhängigkeit der Kreisärzte zu vernichten und der Sache zu schaden. Sie wenden sich gegen die Uebertragung staatlicher Aufgaben an nichtkreisärztlich geprüfte Aerzte (z. B. in Essen, Düsseldorf) und fordern eine angemessene Amtsbezeichnung und eine angemessene Festsetzung des Besoldungs- und Pensionsdienstalters für Kreisärzte und Reg.- und Med.-Räte nach offenen, klaren Grundsätzen. Um dies alles zu erreichen, müsse man aber in mündliche Verhandlungen mit dem Minister eintreten. (Beifall).

H. Med.-Rat Dr. **Rogowski**-Berlin ist der Ansicht, daß mündliche Vorstellungen bei den maßgebenden Stellen und persönliche Einwirkungen auf die Landtagsabgeordneten wirkungsvoller sein würden, als schriftliche Eingaben, die umso weniger gelesen würden, je länger sie wären. Er ist weiter der Meinung, daß eine wesentliche Ursache der Mißerfolge unseres bisherigen Vorgehens darin liegt, daß wir als „Verein“ auftreten. Ein „Medizinalbeamtenausschuß“, wie er ihn später vorschlagen werde, der auch Betriebsrat oder Betriebsausschuß genannt werden könnte, und der nur aus gewählten Vertretern der aktiven preußischen Medizinalbeamten zu bestehen hätte, würde eine größere Wertschätzung finden und auch wohl mehr Erfolge erzielen, als ein Vereinsvorstand.

H. Ober-Reg.-Rat Dr. **Corvey**, Direktor des Landeswohlfahrts- u. Gesundheitsamts in Detmold: Wenn schon einmal im Medizinalbeamtenverein ein neues Gebilde entstehen soll, so möchte er empfehlen, es nicht Betriebsrat oder ohne weiteres Beamtenausschuß zu nennen, sondern ihm den Namen Bund der preußischen Medizinalbeamten zu geben, zum Zwecke der Vertretung der Interessen an den Stellen, wo sonst derartige Vertretungen wirksam sein können. Dieser Bund müßte dann Anschluß an den deutschen Beamtenbund suchen und als sein Mitglied das Recht bekommen, einen oben offiziell anerkannten Medizinalbeamtenausschuß zu bilden, der dann in allen Fragen gehört werden müßte. Als kleiner Verein erreichen wir garnichts; das ist nur möglich durch eine Großorganisation. Wir müssen uns fester organisieren, das geht nun einmal nicht anders, und wenn der Bund höherer Beamten versagt hat, so gehen wir zum deutschen Beamtenbund, der nicht versagen wird. In Lippe sind alle Beamten, vom Regierungspräsidenten bis zum Kastellan, und vom Landgerichtspräsidenten bis zum Justizwachtmeister im deutschen Beamtenbunde organisiert, fühlen sich sehr wohl dabei und erreichen auch etwas.

Der Vorsitzende empfiehlt demgegenüber, bei dem alten Namen zu bleiben, da er nichts von Beamtenbünden erwartet.

H. Geh. Med.-Rat Dr. **Rapmund** ist wie Dr. Wollenweber für direkte mündliche Verhandlungen mit dem Minister. Solche sind aber jetzt erst angezeigt, wo wir wissen, welche Wünsche die Mehrzahl der Medizinalbeamten inbezug auf ihre amtliche Stellung, Amtsbezeichnung und sonstige wirtschaftliche Lage hat.

H. Med.-Rat Dr. **Sandhop**-Stettin spricht für die Bildung eines Beamtenausschusses als Vertretung der Medizinalbeamten, noch besser im Zusammenschluß mit allen höheren technischen Beamten.

H. Med.-Rat Dr. **Bundt** bezweifelt, daß ein solcher Ausschuß den bestehenden Bestimmungen nach amtlichen Charakter haben könne, da solche Ausschüsse gemeinhin alle Beamten einer Behörde umfassen müßten.

H. Kreisarzt Dr. **Stackemann**-Walsrode empfiehlt die Kampfart der Kreistierärzte, die durch ein weniger zurückhaltendes Vorgehen, als die Kreisärzte, viel mehr erreicht hätten.

H. Kreisarzt Dr. **Manthey**-Belzig: Die Unzufriedenheit der Kreisärzte ist leider nur zu begründet, aber es ist falsch, für alle diese Dinge den Vorstand des Medizinalbeamtenvereins verantwortlich zu machen. Auch unser Verein der preußischen Kreisärzte der Provinz Brandenburg stand auf dem Standpunkt, daß der Vorstand die Interessen der Kreisärzte nicht nachdrücklich genug vertreten hat; ein Schreiben des Schriftführers belehrte uns aber eines besseren. Wir haben ja heute nun selbst gehört, welche Fülle von Eingaben der Vorstand an den Minister und an die Landesversammlung gerichtet hat, meistenteils ohne Erfolg, mehrfach sogar, ohne eine Antwort zu erhalten. Wir haben gestern in der erweiterten Vorstandssitzung beschlossen, den Verein der preußischen Medizinalbeamten zu reorganiseren; es wird dann notwendig werden, Bezirks- und Provinzialvereine zu gründen; hier muß der Hebel angesetzt werden. Die Kreisärzte müssen mehr Interesse für ihre eigenen Angelegenheiten zeigen; sie müssen sich fest zusammenschließen und auch zu den Versammlungen des preußischen Medizinalbeamtenvereins erscheinen. Schuld sind allein die Kreisärzte selbst, daß der Vorstand so wenig erreicht hat; es hat ihm eben die Unterstützung der Kreisärzte gefehlt. (Sehr richtig). Unrichtig ist es auch, die Verantwortung für die unbillige Vernachlässigung der Interessen der Gesundheitsbeamten der Medizinalabteilung des Ministeriums für Volkswohlfahrt zur Last zu legen; auch die Medizinalabteilung hat einen schweren Stand, denn das letzte Wort in den Fragen der Besoldung der Dienstaufwandsentschädigung spricht der Finanzminister. Die Kreisärzte müssen selbst tätig sein und der Allgemeinheit zeigen, daß die Gesundheitsbeamten stets im Interesse der Volksgesundheit tätig gewesen sind und sich große Verdienste um die Gesunderhaltung des Volkes erworben haben. (Sehr richtig). Die Fragen der Amtsunkostenentschädigung und der Reisegebühren sind oft angeschnitten worden. Die Amtsunkostenenschädigung, die uns in Zukunft zugedacht ist, wird noch lange nicht die wirklichen Unkosten decken; der Kreisarzt kann davon nicht einmal eine bescheidene Schreibhilfe bezahlen. Die Reisekostenentschädigung für Landwege in Höhe von 60 Pfg., die der Kreisarzt erhält — die Hebamme erhält 80 Pfg. — besteht immer noch. Eine allgemeine Regelung der Reisekostenentschädigung steht in Aussicht, damit tröstet man uns. Jeder Arzt erhält von den Krankenkassen für den Kilometer eine Gebühr von 6—10 M. Auch die Veterinärbeamten haben schon seit Jahren eine Reisekostenentschädigung von 2.00 M. für den Kilometer erhalten. Eine Besserung unserer Verhältnisse können wir nur durch wohlbegründete Vorstellungen bei den maßgebenden Stellen erreichen. Diese Vorstellungen können aber nur Eindruck machen, wenn die ganzen Medizinalbeamten geschlossen dahinter stehen; darum bessere Organisation und Ausbau des Vereins, größeres Interesse des Einzelnen. (Beifall).

H. Med.-Rat Dr. **Bundt** bestätigt die Ausführungen von Dr. Manthey und klagt über die mangelnde Unterstützung des Vorstandes durch die Mitglieder. Sie müssen auch ihrerseits vielmehr persönliche Fühlung mit den Abgeordneten nehmen, wie es der Vorstand teils mit, teils allerdings auch ohne Erfolg verschiedentlich versucht habe. Sogar bei den Vertreterwahlen

und gegenüber der Zeitschrift sei die Anteilnahme eine bisher nur allzu geringfügige gewesen. (Beifall).

H. Geh. Med.-Rat Prof. Dr. **Rapmund** kann sich den beiden Vorrednern nur anschließen. Mit Klagen allein wird nichts erreicht, ein jeder muß vielmehr nach besten Kräften mitarbeiten. Selbst an der Mitarbeit bei der Zeitschrift für Medizinalbeamte lassen es die Kreisärzte fehlen, namentlich soweit dabei ihre wirtschaftlichen Interessen in Frage kommen. Man müsse aber auch die politische Presse für unsere Interessen zu gewinnen suchen; das sei z. B. vor der Medizinalreform in ausgiebigster Weise und mit bestem Erfolge geschehen. Noch viel weniger seien die Kreisärzte bemüht, Abgeordnete oder sonstige einflußreiche Personen für unsere Bestrebungen zu interessieren; von den verschiedenen Denkschriften und Artikeln, die in der Zeitschrift für Medizinalbeamte darüber erschienen und für weitere Verbreitung geeignet gewesen seien, sind aber zu diesem Zwecke nur ganz wenig von den Medizinalbeamten eingefordert. Ohne eine solche Mitarbeit kommen wir nicht weiter; von ihr ist in erster Linie der Erfolg aller unserer Bestrebungen abhängig. (Beifall).

H. Kreisarzt Dr. **Wollenweber** sieht eine wirkliche und durchgreifende Hilfe nur in einer straffen Organisation und Umbildung des Vereins, die sich organisch auf Bezirksvereine, Bezirks-, Provinzial- und Landesvertretung aufbauen müsse.

H. Med.-Rat Dr. **Gasters**-Mühlheim: Die Feindschaft gegen die Kreisärzte hat politische Gründe. Der Abgeordnete Dr. Weyl hat im Landtag eine Karrikatur der Kreisärzte gegeben, ein Teil der übrigen ärztlichen Vertreter hat ihn dabei leider unterstützt. Man neidet uns die Gebühren, die man nun auch den Kreistierärzten abnehmen will, weil man nicht weiß, daß wir aus ihnen unseren Dienstaufwand bestreiten müssen und daß sie uns Ersatz sein müssen für so vieles, in dem wir schlechter gestellt sind, als andere Beamte im Dienstalter, in der Aufrückungsmöglichkeit und in manchem anderen. Wir müssen die Notwendigkeit der Gebühren nachweisen, müssen überhaupt den Kampf so führen, daß wir durch die Wucht unserer Gründe den Widerstand der Behörden brechen. Es kann uns dann nicht schwer werden, zu siegen, da unsere Gründe gewichtig und stichhaltig sind. (Beifall).

V. Amtsbezeichnung.

Nach längerer Aussprache wird der Antrag des Vorstandes für die

1. Kreisassistenzärzte die Amtbezeichnung „Medizinalassessor;
2. Kreisärzte die Amtsbezeichnung „Kreisarzt und Medizinalrat", in Aufrückungsstelle „Kreisarzt und Obermedizinalrat";
3. Regierungs- und Medizinalräte die Amtsbezeichnung „Oberregierungsrat",

vorgeschlagen, einstimmig angenommen und beschlossen, einen dahingehenden Antrag an das Staatsministerium und den H. Minister für Volkswohlfahrt zu richten. Nunmehr wird der Wortlaut des bei Beginn der Sitzung beschlossenen, an das Staatsministerium zu sendenden Telegramms vom Vorstande festgesetzt und abgeschickt, nachdem es die allseitige Zustimmung der Versammlung gefunden hat. Es lautet:

> „Die heute sehr zahlreich aus allen preußischen Provinzen besuchte XXXII. Hauptversammlung des Preußischen Medizinalbeamtenvereins hat einstimmig die Amtsbezeichnung „Kreismedizinalrat" für den Kreisarzt abgelehnt und ebenfalls einstimmig beschlossen, die Staatsregierung zu bitten, den Kreisassistenzärzten die Amtsbezeichnung „Medizinalassessor", den Kreisärzten die Amtsbezeichnung „Kreisarzt und Medizinalrat" bezw. „Obermedizinalrat", dem Regierungs- und Medizinalrat die Amtsbezeichnung „Oberregierungsrat" zu geben. Der Vereinsvorstand bittet, diesem Antrage stattzugeben".

Gleichzeitig wurde der Vorstand beauftragt, ein Telegramm gleichen Inhalts an den Herrn Minister für Volkswohlfahrt zu richten mit der Bitte, die Gewährung dieser Bitte warm zu befürworten.

VI. Satzungsänderungen.

Der Schriftführer, H. Med.-Rat Dr. **Bundt** erläutert in kurzen Zügen die Grundzüge des Rapmundschen Satzungsentwurfs: Gliederung des Landesvereins in Bezirksvereine, Wahl der Vorstandsmitglieder als die Vertreter der einzelnen Provinzen, zu denen durch Zuwahl vier weitere Mitglieder und der Schriftleiter der Medizinalbeamtenzeitung hinzu treten sollen, Wahl der Mitglieder der Vertreterversammlung durch den Bezirksverein, die für je 20 Mitglieder einen Vertreter entsenden. Zweck und Ziel der Umbildung ist die engste Fühlungnahme des Vorstandes mit den Einzelnen und der Gesamtheit der Mitglieder sowie Stellung des Vorstandes auf die breite Grundlage der Gesamtheit aller Medizinalbeamten, um ihm dadurch ein vermehrtes Gewicht gegenüber Parlamenten und Behörden zu geben.

In der kurzen Aussprache äußern H. Kreisarzt Dr. **Rapmund** jun.-Querfurt und H. Med.-Rat Dr. **Rogowski**-Berlin Bedenken gegen einzelne Paragraphen des Entwurfes. Dr. Rogowski bringt noch einmal seinen Vorschlag horizontaler Gliegerung in Fachgruppen und hat Bedenken, daß nichtstaatlich beamtete Aerzte als stimmfähige Mitglieder aufgenommen werden können. Er empfiehlt, seinen schriftlich gestellten Antrag, der die Bildung eines „Medizinalbeamtenausschusses“ fordert. Der Ausschuß wäre danach so zusammenzusetzen, daß die Regierungs- und Medizinalräte mit den Hilfsarbeitern bei den Regierungen drei Vertreter, die Kreis- und Gerichtsärzte mit den Direktoren der Untersuchungsämter und den Kreisassistenzärzten in jeder Provinz einen Vertreter wählen. Der Vorstand des Vereins hätte dem Medizinalbeamtenausschuß ohne weiteres anzugehören. Es müßte dahin gestrebt werden, daß dieser Ausschuß bei der Medizinalabteilung des Volkswohlfahrtsministeriums in gleicher Weise Beirat würde, wie der Betriebsausschuß der preußischen Polizeibeamten bei dem Ministerium des Innern. Diesem Ausschuß wären dann auch alle Gesetze und Erlässe, die die Medizinalbeamten und das öffentliche Gesundheitswesen angehen, z. B. auch das bevorstehende neue Gebührengesetz und die neue Dienstanweisung für die Kreisärzte, vor ihrer endgültigen Feststellung zur Aeußerung vorzulegen. R. bittet, seinen Antrag, zusammen mit dem Rapmundschen neuen Satzungsentwurf, den Bezirksvereinen zur gleichzeitigen Beratung vorzulegen.

H. Geh. Med.-Rat Dr. **Rapmund** kann die Bedenken gegen die Aufnahme von nichtstaatlichen beamteten Aerzten und überhaupt noch nicht angestellten, aber staatsärztlich approbierten Aerzten als stimmfähige Mitglieder nicht teilen; er ist im Gegenteil der Ansicht, daß sie durch ihre Aufnahme von vornherein veranlaßt würden, mit uns Hand in Hand zu gehen. Er befürchtet auch nicht, daß diese in irgend einem Bezirksverein die Oberhand bekommen könnten, selbst in Berlin würde es nicht der Fall sein. Im übrigen würden alle diese Einzelfragen am besten auf dem demnächstigen Vertretertage erörtert.

Im Auftrage des Vorstandes stellt dann der Schriftführer, H. Med.-Rat Dr. Bundt, folgenden Antrag:

> „Der Medizinalbeamtenverein wird im Sinne des Rapmundschen Satzungsentwurfes reorganisiert. Der Entwurf wird in den bestehenden bezw. baldmöglichst zu bildenden Bezirksvereinen durchberaten. Die Hauptversammlung ermächtigt eine noch in diesem Jahre zu berufende Vertreterversammlung, die Fassung der Satzungen auf Grund dieser Vorberatungen endgültig festzusetzen.“

Der Antrag wird einstimmig angenommen und der Antrag von Rogowski dem Vertretertag als Material überwiesen.

H. Oberregierungsrat Dr. **Corvey**, Direktor des Landeswohlfahrts- und Gesundheitsamts in Detmold: In dem neuen Satzungsentwurf sind zwar alle möglichen Medizinalbeamten aufgeführt, man liest von preußischen Medizinalbeamten, solchen des deutschen Reiches, der Kommunen, Direktoren aller möglichen Anstalten, nur die Staatsmedizinalbeamten der kleineren Bundesstaaten,

die oft keinen eigenen Verein gründen können, muß ich zu meinem großen Bedauern vermissen. Wenn dieser Entwurf angenommen wird, so bleibt diesen also nichts anderes übrig, als aus einem liebgewordenen Verein gezwungenermaßen auszuscheiden. Das ist sehr bedauerlich. Unser Wohl und Wehe hängt so innig mit dem Ihrigen zusammen, daß es für uns eine zwingende Notwendigkeit ist, in Ihrer Berufsvertretung zu bleiben. Es kann doch auch für Sie vielleicht nicht so ganz unangenehm sein, wenn Sie noch Zuzug von Mitgliedern bekommen, die Schulter an Schulter mit Ihnen für wohlerworbene Rechte kämpfen. Die Beamten müssen z. Zt. einen aufgezwungenen Kampf ausfechten und da sollten jeder Organisation tapfere Bundesgenossen willkommen sein. Nur eine feste Organisation kann uns aber helfen. Wir nichtpreußischen Medizinalbeamten dürfen nicht als Gäste bei Ihnen sein, sondern müssen dieselben Rechte und Pflichten haben, wie die preußischen Medizinalbeamten und ordentliche Mitglieder des Bezirksvereins mit vollem Stimmrecht werden. Redner bittet, diese Bestimmung in den Entwurf aufzunehmen.

H. Med.-Rat Dr. **Bundt** und H. Geh. Med.-Rat Dr. **Rapmund** versichern dem Vorredner, daß eine solche besondere Bestimmung gar nicht erforderlich sei, da sowohl nach den jetzigen Bestimmungen, als nach dem neuen Entwurf die Aufnahme von Medizinalbeamten aus anderen deutschen Ländern zulässig sei; sie müßten sich dann nur später einem ihrem Wunsche entsprechenden Bezirksvereine zuteilen lassen.

VII. Vorstandswahl.

H. Geh. Med.-Rat Dr. **Rapmund** erklärt, daß er sein Amt als Vorstandsmitglied niederlege, wie er schon früher sein Amt als Vorsitzender niedergelegt habe. Er wolle in seinem hohen Alter frei von Verantwortung sein, werde aber auch fernerhin dem Medizinalbeamtenverein mit Rat und Tat, so weit seine Kräfte reichen, zur Seite stehen.

Der **Vorsitzende** dankt ihm in ehrenden Worten für seine unermüdliche und erfolgreiche Tätigkeit für den Verein, für den Stand der Medizinalbeamten und für das ganze Gesundheitswesen des preußischen Staates. Er stellt dann im Auftrage des Vorstandes den Antrag, ihn zum Ehrenvorsitzenden des Vereins zu wählen. Die Wahl geschieht einstimmig unter großem und anhaltendem Beifall der Versammlung.

H. Geh. Med.-Rat Dr. Rapmund dankt mit herzlichen Worten für die außerordentliche Ehrung, die ihm durch diese Wahl zuteil geworden sei. Hoffentlich sei es ihm noch recht lange vergönnt, auch weiterhin die Betrebungen des Vereins zu fördern. Er schlägt dann vor, den ganzen Vorstand bis zur Umbildung des Vereins wiederzuwählen und in seiner Stelle aus dem westlichen Teile Preußens H. Kreisarzt Dr. Wollenweber-Dortmund zum Vorstandsmitglied zu wählen. Der Antrag wird einstimmig angenommen. Dr. Wollenweber nimmt die Wahl dankend an.

Darauf teilt der Vorsitzende mit, daß der hinzugewählte Med.-Rat Dr. Geißeler-Potsdam gebeten habe, von seiner Wiederwahl abzusehen. Er schlägt vor, für ihn H. Med.-Rat Dr. Rogowski-Berlin zu wählen.

Die Versammlung erklärt sich einstimmig damit einverstanden. Dr. Rogowski nimmt ebenfalls die Wahl dankend an.

H. Geh. Med.-Rat Dr. **Rapmund** schlägt darauf noch vor, Herrn Geh. Med.-Rat Dr. Schlüter-Gütersloh, den verdienstvollen Kassenführer der Jubiläumsstiftung, zum Ehrenmitglied des Preußischen Medizinalbeamtenvereins zu wählen. Der Antrag findet einstimmige Annahme.

VIII. Anträge und Verschiedenes.

Vorsitzender: Es liegen noch verschiedene auf Grund der Verhandlungen des gestrigen Vertretertages und der heutigen Versammlungen gestellte Anträge vor:

1. Antrag des H. Kreisarztes Dr. **Wollenweber gegen die Kommunalisierung der Kreisärzte**, der vorher bereits im Wortlaut mitgeteilt ist.

(Der Antrag wird einstimmig angenommen).

2. Folgende **Anträge** des H. Geh. Med.-Rats Dr. **Rapmund:**

a) Die vollbesoldeten Kreisärzte sind der Besoldungsgruppe XI mit Aufrückung in Gruppe XII, die Reg.- und Med.-Räte der Gruppe XII mit Aufrückung in Gruppe XIII einzureihen; die Aufrückung hat lediglich nach dem Dienstalter zu erfolgen.

b) Auch die nichtvollbesoldeten Kreisärzte müssen in gleicher Weise wie die vollbesoldeten in eine höhere Besoldungsgruppe aufrücken.

c) Das Ruhegehalt der nicht vollbesoldeten Kreisärzte ist ebenso hoch zu bemessen, wie das der vollbesoldeten.

d) Den Regierungs- und Medizinalräten, die vor ihrer Pensionierung eine besondere pensionsfähige Zulage von 600 M. erhalten und sich demgemäß in gehobener Stellung befunden haben, ist das Ruhegehalt einer Aufrückungsstelle zu gewähren.

e) Bei Festsetzung des Besoldungs- und des Ruhegehalts-Dienstalters sind drei Jahre der Hochschulzeit, das praktische Jahr und drei Jahre der praktischen Tätigkeit nach erhaltener Approbation in Anrechnung zu bringen.

f) Gerichtsärztliche Gebühren sind nicht an die Staatskasse abzuführen.

Sämtliche Anträge werden einstimmig angenommen.

H. Geh. Med.-Rat Dr. **Rapmund** erwähnt dann noch, daß die Festsetzung des Besoldungsdienstalters, zu der jetzt die Regierungspräsidenten zur Berichterstattung aufgefordert seien, eine für alle Medizinalbeamten sehr wichtige Frage sei, da sich voraussichtlich danach auch das Ruhegehaltsdienstalter richten werde. Den Sanitätsoffizieren und anderen technischen Beamten werde ein angemessener Teil des Hochschulstudiums und der praktischen Vorbereitungszeit angerechnet; dasselbe müsse auch für die Medizinalbeamten verlangt werden. Er schlägt deshalb vor, daß der Preußische Medizinalbeamtenverein den zuständigen Minister um Mitteilung der Grundsätze bittet, die für die Festsetzung des Besoldungsdienstalters maßgebend sein sollen, und daß ihm vor der endgültigen Festsetzung Gelegenheit zum Vortrage seiner Wünsche geboten werde.

3. H. Kreisarzt Dr. **Mantey**-Belzig macht weiter zur Frage der **Dienstaufwandsentschädigung** darauf aufmerksam, daß der Minister sich bereit erklärt hat, die einmalige Telefonanleihe in Höhe von 1000 M. für die vollbesoldeten Kreisärzte, die das Telefon nur im dienstlichen Interesse halten, zu übernehmen. Im Reg.-Bezirk Potsdam haben die Kreisärzte einen Antrag auf Uebernahme dieser Kosten durch den Regierungspräsidenten an den Minister gestellt und sie erstattet erhalten. Die Telefonkosten werden nach dem neuen Entwurf abermals erheblich steigen; uns ist seinerzeit auch zugesichert worden, daß bei der Bemessung der Dienstaufwandsentschädigung auf die Kosten der Telefonleitung Rücksicht genommen werden sollte. Er könnte in seinem räumlich sehr ausgedehnten Kreise das Telefon im dienstlichen Interesse nicht entbehren. Den Herren Kollegen, die eine Erstattung der Telefonanleihe nicht erhalten haben, ist der Weg eines Antrages an den Minister zu empfehlen.

H. Geh. Med.-Rat Dr. **Rapmund:** Die Frage der Dienstaufwandsentschädigung ist ein Schmerzenskind der Medizinalbeamten; sie wird nicht eher zurZufriedenheit aller beteiligten Kreise erledigt sein, als bis jedem Kreisarzt ein Büro auf Staatskosten bereitgestellt wird. Jetzt ist sie jedenfalls, auch wenn die aus einem Haushalt vorgesehene Erhöhung erfolgt ist, ungenügend und deckt nicht den tatsächlichen Dienstaufwand. Solange dies nicht der Fall ist, müssen die Kreisärzte versuchen, diese Kosten durch Nichtbenutzung von Schreibhilfe, Verwendung von billigem Papier, möglichst kurze Abfassung aller Berichte usw. herabzusetzen. Ein Telefon würde er sich nur anlegen lassen, wenn der Staat alle Kosten trägt; seine Anlage liegt so sehr im öffentlichen Interesse, daß sie dann schon erfolgen wird. Auch dem Mißstande, daß für den Kilometer Landweg jetzt nur 60 Pf. gewährt werden, wird am ersten abgeholfen, wenn der Kreisarzt stets bei Entfernungen über zwei Kilometer einen Wagen

benutzt und dem Staate dadurch so erhebliche Mehrkosten erwachsen, daß er sich endlich entschließt, die betreffende Bestimmung zu ändern.

H. Kreisarzt Dr. **Wollenweber** wünscht in einem besonderen Antrag zum Ausdruck zu bringen, daß für jeden Kreisarzt entweder ein staatliches Büro bereitgestellt oder die Dienstaufwandsentschädigung so hoch bemessen wird, daß sie die vollen Unkosten deckt.

H. Med.-Rat Dr. **Bundt** warnt vor einem solchen besonderen Antrage auf eine Erhöhung der Dienstaufwandsentschädigung in der Weise, daß diese dem amtlichen Aufwand entspricht. Er hält eine endgültige Regelung der Sache im Rahmen einer Gesamterledigung des ganzen Gesundheitswesens für besser. Die Kreisärzte müssen sich klar machen, daß sie, so lange sie vertrauensärztliche Tätigkeit ausüben, immerhin einen Teil ihres Dienstaufwandes für diesen berechnen müssen, und daß man ihnen von seiten der anderen Berufsstände gerade diese Einnahmen aus vertrauensärztlicher Tätigkeit und ihre dadurch bedingte anscheinende wirtschaftliche Besserstellung vorhält. Die Kreisärzte müssen sich, solange sie nicht rein amtlich in ihrer Besoldung so gestellt sind, daß sie ohne wesentliche Nebeneinnahmen auskommen können, darein finden, daß sie einen großen Teil ihrer vertrauensärztlichen Einnahmen für die rein staatlichen Amtsbedürfnisse wieder draufgeben. Eine volle Entschädigung ihrer Amtsunkosten bezw. ein staatliches Büro werden sie erst dann fordern dürfen, wenn sie unabhängig von jeder nebenamtlichen Tätigkeit ausreichend besoldete Leiter eines Kreisgesundheitsamtes sind.

H. Kreisarzt Dr. Wollenweber zieht hierauf seinen Antrag zurück.

H. Kreisarzt Dr. **Kraemer**-Calbe a. Saale führt zunächst aus, daß es doch wohl in vielen Kreisen möglich sein müßte, das kreisärztliche Büro durch die Kreisverwaltung schaffen und unterhalten zu lassen. Angesichts der Durchsetzung der kreisärztlichen Tätigkeit mit Arbeiten im Kreiskommunalinteresse sollte es doch vielerorts nicht schwer fallen können, den Kreis in dieser Weise zu verpflichten. Eine Befürchtung, dadurch in unerwünschte Abhängigkeit von der Kreisverwaltung zu kommen, dürfte doch ernstlich nicht begründet sein. Die von den einzelnen Vorrednern vorgebrachten Bedenken in Bezug auf neue Forderungen gegen den Staat, das Büro als ein staatliches voll zu übernehmen, sind zu unterstreichen. Angesichts unserer Untereinnahmen müssen wir hier gegenüber anderen staatlichen Behörden eine andere Beurteilung eintreten lassen.

4. Redner bringt hierauf noch die außerordentlich **unzulängliche Bezahlung für gerichtsärztliche Tätigkeit** der Kreisärzte gegenüber den praktischen Aerzten. Während der Kreisarzt z. Zt. für einen Termin an auswärtiger Gerichtsstelle (Sondergericht) nur für die Stunden seiner Tätigkeit im Gerichtsgebäude bei zweistündiger Termindauer, also 24 M. bezahlt bekommt, erhält der gleichzeitig an Gerichtsstelle tätige praktische Arzt nach der geltenden Zeugengebühren-Ordnung — bis 10 Stunden berechnet pro Stunde 7,50 M., also 75,— M., daneben eine Aufwandsentschädigung von 30—40 M., also bis 105,— M. außer seinen baren Reisekosten bezahlt, bei deren Berechnung die ganze Dauer seiner Abwesenheit vom Hause zur Grundlage genommen wird. Auch inbezug auf die **Abgabepflicht der gerichtsärztlichen Gebühren** seitens der vollbesoldeten Kreisärzte erscheint Aenderung dringend erwünscht; die in größeren Industriekreisen ohne besondere Gerichtsärzte gehäufte Tätigkeit mit Obduktionen und umfangreichen motivierten Gutachten zwingt dazu.

5. H. Kreisarzt Dr. **von Fewson**-Buer klagt zum Schluß über den **Ersatz der Umzugskosten**, die viel zu spät und durchaus unzureichend gezahlt würden. Er empfiehlt ebenfalls eine energische Stellungnahme gegen die Benachteiligung der Medizinalbeamten durch Volksvertretungen und in Zentralbehörden.

Der **Vorsitzende** schließt darauf die Versammlung mit herzlichem Dank an alle Teilnehmer und dem Ausdruck der Hoffnung, daß die heutigen langen und gründlichen Verhandlungen unserem Stand und dem Staat zum Segen sein werden.

Schluß der Sitzung: abends 8½ Uhr.

---

c. Versammlung der Mitglieder der Jubiläumsstiftung.

Im Anschluß an die Hauptversammlung fand dann noch eine Versammlung der Mitglieder der Jubilaumsstiftung statt, in der der Schriftführer, Herr Med.-Rat Dr. Bundt, den Kassenbericht für den abwesenden Schrift- und Kassenführer der Stiftung erstattete.

Der Kassenbericht für 1920 schließt ab mit

einer Einnahme von	5857,44 M.
einer Ausgabe von	2063,38 M.
sodaß am 31. 12. 1920 . . .	3794,06 M.

Bestand bleiben.

Dazu kommt Kassenbestand 1. 2. 1920 . . .	3108,60 M.
so daß der Gesamtbestand 31. 12. 1920 . . .	6902,66 M.

beträgt.

Das Vermögen der Stiftung betrug am 31. Dez. 1920 45735,66 M.

Die Rechnung ist von den Herren Med.-Rat Dr. Bundt und Kreisarzt Dr. Hillenberg, beide in Halle, geprüft und für richtig befunden.

Dem Kassenführer wird auf Antrag des Vorstandes Entlastung erteilt.

H. Geh. Med.-Rat Dr. Rapmund stellt hierauf den Antrag, § 1 der Satzungen dahin zu ändern, „daß die Stiftung künftig nur Unterstützungszwecken dienen soll". Tatsächlich seien auch schon bisher die Einnahmen der Stiftung ausschließlich zu solchem Zwecke verwandt.

(Der Antrag wird einstimmig angenommen.)

Aus Versammlungen und Vereinen.

Bericht über die am 13. November d. J. in Insterburg abgehaltene Versammlung der Medizinalbeamten des Reg.-Bezirks Gumbinnen.

Anwesend waren die Kreis-Med.-Räte DrDr. Schmidt-Angerburg, Schubert-Darkehmen, Janz-Goldap, Kalle-Heinrichswalde, Katluhn-Insterburg, Mende-Pillkallen, Kirschbach-Ragnit, Schulz-Stallupönen und Rehberg-Tilsit.

Der **Medizinalbeamten-Bezirksverein** wurde neugegründet als ein Organ des Preußischen Medizinalbeamtenvereins und eine Satzung unter Berücksichtigung der Bestimmungen des Entwurfs der Satzung des Preußischen Medizinalbeamtenvereins angenommen.

Einer Anregung des Bezirksvereins Königsberg entsprechend, wurde in § 8 Ziffer 3 der Satzung die Bestimmung aufgenommen, daß für die Bezirksvereine der Regierungsbezirke der Provinz Ostpreußen ein gemeinsamer Vertreter zum Vertretertage gewählt werden kann, der die Bezirksvereine mit der auf sie entfallenden Stimmenzahl zu vertreten hat.

In den Vorstand wurden gewählt: als Ehrenvorsitzender Reg.- und Med.-Rat Dr. Wegener-Gumbinnen, als Vorsitzender Dr. Katluhn-Insterburg, als stellvertretender Vorsitzender Dr. Schulz-Stallupönen, als Schrift- und Kassenführer Dr. Rehberg-Tilsit, als stellvertretender Schrift- und Kassenführer Dr. Schubert-Darkehmen. Zum Bezirksvertreter wurde Med.-Rat Dr. Schulz-Stallupönen, bestimmt. Der Jahresbeitrag wurde auf 100 Mark festgesetzt.

Nach einem Referat des Kreis-Med.-Rats Dr. Katluhn-Insterburg über die neuen **Desinfektionsvorschriften** nach dem Runderlaß des Ministers für Volkswohlfahrt vom 8. Februar 1921 wurde einstimmig der Ansicht des Referenten beigetreten, daß die Kreismedizinalräte die Verantwortung für die Durchführung der neuen Desinfektionsvorschriften erst dann übernehmen könnten, wenn eine ausreichende Zahl von Fürsorgerinnen, die in den neuen Des-

infektionsvorschriften unterwiesen sind, in jedem Kreise vorhanden ist. Bis dahin könnte auf die Schlußdesinfektion trotz der ihr anhaftenden erheblichen Mängel nicht verzichtet werden. Folgende von dem Referenten aufgestellten Leitsätze fanden die Zustimmung der Versammlung:

I. Da in den meisten Kreisen des Regierungsbezirks bereits eine Anzahl von Fürsorgerinnen — Gemeindeschwestern — vorhanden ist, so erscheint es zweckmäßig, diesen die Ueberwachung und nötigenfalls die Ausführung der fortlaufenden Desinfektion am Krankenbette zu übertragen.

II. Die Ausbildung der Gemeindeschwestern in der fortlaufenden Desinfektion könnte an der Hand der Einzeldesinfektionsvorschriften in einem kurzfristigen Lehrgang gegen eine angemessene Entschädigung durch den zuständigen Kreismedizinalrat erfolgen.

III. Die als Desinfektorinnen tätigen Gemeindeschwestern müssen der Aufsicht des Kreismedizinalrats unterstellt werden.

IV. Solange in einem Kreise noch nicht eine ausreichende Zahl von Desinfektorinnen — kirchspielsweise mindestens eine — vorhanden ist, können die neuen Desinfektionsvorschriften nicht durchgeführt werden.

V. Um die Zusammenarbeit mit den behandelnden Aerzten zu ermöglichen, muß diesen in jedem Krankheitsfalle ein Fragebaltt mit folgenden Fragen zur Beantwortung zugesandt werden:

1. Ist der Durchführung der fortlaufenden Desinfektionen durch eine Pflegeperson (Name und Stand derselben) sichergestellt?
2. Wird zur Beaufsichtigung der fortlaufenden Desinfektion gewünscht.
   a) die Entsendung einer Desinfektionsschwester?
   b) eines Desinfektors?
3. Welche besonderen Wünsche hinsichtlich der fortlaufenden Desinfektion werden geäußert?
4. Wird voraussichtlich eine Schlußdesinfektion erforderlich sein?

Dr. Katlahn-Insterburg.

Abänderungsvorschläge zu dem Entwurf der Satzungen des Preußischen Medizinalbeamtenvereins.

Der **Arnsberger Bezirksverein** hat in einigen wichtigen Punkten des Satzungsentwurfs Aenderungen vorzuschlagen (weniger wichtige sind nicht erwähnt). Er steht auf dem Standpunkt, daß der reorganisierte Pr. M.B.V. homogen sein muß, und wird daher beantragen:

1) daß der § 2a lautet: alle im preuß. Staatsdienst stehenden oder beschäftigten Medizinalbeamten" und daß alles Uebrige gestrichen wird,

2) daß in § 2b 4. Zeile „und Aerzte" gestrichen wird,

3) daß § 2c ganz wegfällt.

Er setzt dabei als selbstverständlich voraus, daß die bisher dem Pr. M.B.V. angehörenden Mitglieder sämtlich in ihm verbleiben können.

Der Arnsberger Bezirksverein hält weiter einen Vorstand bestehend aus 16 Mitgliedern für zu schwerfällig und unnötig kostspielig, zumal durch den Vertretertag die Provinzen ausgiebig zur Wirksamkeit gelangen. Er schlägt deshalb vor, daß

§ 9 lautet: „Der Landesvorstand besteht aus 9 Mitgliedern, welche vom Vertretertag zu wählen sind und zwar

a) dem geschäftsführenden Vorstand (Vorsitzender, Schriftführer, Schatzmeister) und je 1 Stellvertreter,

b) 3 weiteren Vereinsmitgliedern, außerdem aus dem jeweiligen Herausgeber der Vereinszeitschrift."

Die Wahl gilt für 3 Jahre.

Abs. 3 wird entsprechend geändert, § 10 fällt weg.

Neuer § 13 besonders für Schatzmeister.

§ 15 Abs. 3 erhält den Zusatz: „Es ist zulässig, den ersten Vertreter eines B.V. mit etwaigen weiteren Stimmen zu bevollmächtigen." (Geldersparnis!)

§ 15 Abs. 4 Zeile 7 lautet: „Der Vertretertag wählt seinen Vorsitzenden". Der Vertretertag muß nach Auffassung des A. B.V. als autonomes Parlament seinen eigenen Vorsitzenden haben.

Der Vorstand des A. B.V. bittet die übrigen B.V., diese wichtigen Aenderungsvorschläge schon vor dem Vertretertag in Erwägung zu ziehen.

Besprechungen.

Prof. Dr. K. B. Lehmann, Direktor des Hygienischen Instituts in Würzburg und **Prof. Dr. R. Neumann,** Direktor des Hyienischen Instituts in Bonn: **Atlas und Grundriss der Bakteriologie und Lehrbuch der speziellen bakteriologischen Diagnostik.** Sechste Auflage. München 1919 u. 1920. Verlag von J. P. Lehmann. Zwei Bände. 12°; 47 Seiten bezw. 79 Tafeln. Preis: geb. 60 M.

Die großen Vorzüge des Lehmannschen Atlaß und Grundriß der Bakteriologie sind bereits wiederholt in dieser Zeitschrift hervorgehoben. Die vorliegende Neuausgabe stellt im großen und ganzen einen unveränderten Abdruck der vorhergehenden da, ist aber durch einen wertvollen und sehr übersichtlich gehaltenen Nachtrag ergänzt, der die wesentlichen neuen Fortschritte auf dem Gebiete der Bakteriologie bringt. Ihr Erscheinen wird deshalb in den beteiligten Kreisen um so freudiger begrüßt werden, als das Werk schon seit zwei Jahren vergriffen ist und der dafür festgesetzte Preis trotz des großen Umfanges und der bewährten vorzüglichen Ausstattung unter den jetzigen Verhältnissen als außerordentlich billig bezeichnet werden muß. Rpd.

Geh. Rat Prof. A. Dieudonné in München und **Prof. Dr. Weichardt** in Erlangen: **Immunität, Schutzimpfung und Serumtherapie.** Zehnte umgearbeitete Auflage. Leipzig; 1920. Verlag von J. A. Barth. 8°; 240 Seiten. Preis: 28 Mark; geb. 36 M.

Wenn sich in der jetzigen Zeit schon nach zwei Jahren die Neuauflage eines Werkes als notwendig erweist, so ist dies nicht nur der beste Beweis für seine Vorzüglichkeit, sondern auch für seine Beliebtheit und praktische Brauchbarkeit. Die Neuauflage, in der die bewährte Einteilung des Stoffes beibehalten ist, wird sich noch weitere neue Freunde erwerben; denn alle neueren Forschungen auf dem Gebiete der Immunitätswissenschaft sind berücksichtigt und der Inhalt des Buches dem derzeitigen Stande der Wissenschaft in vollem Umfange angepaßt. Rpd.

Tagesnachrichten.

Am 29. und 30. v. M. hat im **Preußischen Landtage die Beratung über den Haushalt des Ministeriums für Volkswohlfahrt** begonnen, ist aber nicht zu Ende geführt; insbesondere ist der Haushalt der **Abteilung für Volksgesundheit** noch nicht beraten. Wir werden auf die Verhandlungen eingehend zurückkommen, sobald sie beendet sind und der stenographische Bericht vorliegt.

Erst nach Abschluß und Druck der Beilage zur heutigen Nummer der Zeitschrift wird uns der Runderlaß des Ministers für Volkswohlfahrt vom 25. November d. J. über die **Festsetzung des Besoldungsdienstalters der Kreisärzte und der Gerichtsärzte** bekannt, so daß er in der Beilage zur heutigen Nummer nicht mehr veröffentlicht werden konnte. Es sei deshalb nur kurz erwähnt, daß die Medizinalbeamten mit dieser Entscheidung im allgemeinen wohl zufrieden sein können; zu kurz bemessen ist u. E. nur die Zeit für die kreisärztliche Prüfung (1/2 Jahr). Als anrechnungsfähig werden angenommen: 5 Jahre Hochschulstudium, ein praktisches Jahr, 3 Jahre ärztliche Tätigkeit als Vorbereitungszeit zur kreisärztlichen Prüfung und je 1/2 Jahr für die ärztliche und kreisärztliche Prüfung, also insgesamt 10 Jahre. Hiervon ist aber nach den gesetzlichen Bestimmungen nur die einen Zeitraum von vier Jahren übersteigende Zeit anzurechnen, die somit sechs Jahre beträgt.

In der Sitzung des Reichskabinetts am 29. November d. J., an der auch die preußischen Minister teilgenommen haben, ist u. a. die Frage der **Milchversorgung** beraten und beschlossen, daß zu ihrer Besserung in dem Haushalt des Reichsministeriums für Ernährung und Landwirtschaft für 1920/21

400 Millionen Mark für solche Gemeinden bereitgestellt werden sollen, in denen die Milchversorgung besonders notleidet, d. h. der Milchbedarf nur bis zu einem bestimmten noch festzusetzenden Bruchteil gedeckt ist. Von den 400 Millionen Mark sollen je ein Drittel die in Betracht kommenden Länder und Gemeinden aufbringen. Soweit die Gemeinden hierzu nicht in der Lage sind, soll das Reich auch die von den Gemeinden nicht aufzubringenden Mittel übernehmen. Den Gemeinden soll in der Verwendung der Mittel innerhalb der festgesetzten Bestimmung freie Hand gelassen werden; jedoch sind die Gemeinden darauf hinzuweisen, daß sich als Weg zur Besserung der Milchversorgung, soweit sie unter ungenügender Anlieferung leidet, insbesondere der Ankauf von Futter, vor allem von ausländischem Kraftfutter und die verbilligte Abgabe solchen Futters an die Kuhhalter empfiehlt, welche die Gemeinden beliefern und bei denen, wie z B. bei den gemeindlichen Abmelkewirtschaften, eine Sicherheit dafür geschaffen werden kann, daß die Mehrerzeugung von Milch auch den Gemeinden zugute kommt.

Am 12. d. Mts. findet in Dresden eine **erweiterte Sitzung der 1. Abteilung des Landesgesundheitsamts** statt, in der u. a. die **Facharztfrage, die Zusammenarbeit der Aerzte und der Beratungs- und Fürsorgestelle für Lungenkranke** sowie die **Stellung des Arztes in der Organisation der Leibesübungen** zur Erörterung gelangen wird.

Sprechsaal.

Anfrage des Kreisarztes Dr. N. in N.: Hat die Staatskasse bei Zurücklegung von Landwegen die durch Benutzung eines Wagens entstehenden Mehrkosten zu tragen?

Antwort: Ja! Nach § 8 Abs. 1 des Kaiserlichen Gesetzes vom 26. Juli 1910, auf den in dem Ministerialbescheid vom 26. März 1921 (s. Hauptnummer 8, S. 150 der Zeitschrift) hingewiesen wird.

Anfrage des Kreisarztes Dr. G. in B.: Eine Dienstreise von B. nach R. kann an einem Tage erledigt werden, wenn sie um 8^{30} vorm. angetreten wird. Der zur Rückfahrt zu benutzende Zug verläßt R. um 4^{44} nachm., trifft in R. um 5^{40} ein; fährt aber erst um 8^{56} weiter und kommt in B. 9^{09} an. Nach § 6 Abs. 1 der Ausführungsbestimmungen zum Reisekostengesetz darf die Rückreise an demselben Tage unterbleiben, wenn das Dienstgeschäft oder die Hinreise nebst dem Dienstgeschäft 7 Stunden oder mehr in Anspruch genommen hat. Bin ich nun berechtigt, von R. den Landweg zu benutzen (dann kann die Rückreise innerhalb von 2 Stunden erledigt werden) oder die Rückreise auf den nächsten Tag zu verschieben?

Antwort: Nach § 6 der Ausführungsbestimmungen würde dies nur dann zulässig sein, wenn der Reiseweg zur Rückreise mehr als zwei Stunden Zeit erfordert. Das trifft aber im vorliegenden Falle nicht zu, denn er beansprucht nur 1¼ Stunde Zeit. Die Rückreise ist also an demselben Tage auf der Eisenbahn zu erledigen; Landweg kann nach § 28 der Ausführungsbestimmungen nur dann berechnet werden, wenn dadurch eine im dienstlichen Interesse liegende Zeitersparnis erzielt wird; z. B. der Beamte noch an demselben Abend eilige Dienstgeschäfte in seinem Wohnsitz zu besorgen hat.

Berichtigung. In Nr. 21 ist auf Seite 456 unter den im Jahre 1920 verstorbenen Vereinsmitgliedern auch Herr Geh. Med.-Rat Dr. **Wollermann**, Kreisarzt a. D. in Heiligenbeil aufgeführt. Erfreulicherweise ist dem Herausgeber jetzt von seinem Schwiegersohn und Amtsnachfolger, Herrn Kreisarzt Dr. Riedel in Heiligenbeil, mitgeteilt, daß diese Nachricht auf einem Irrtum beruht. Sein Schwiegervater hoffe, aus dieser irrtümlichen Totsagung für seine Lebens-Prognose einen günstigen Schluß ziehen zu können; ein Wunsch, der hoffentlich erfüllt werden wird!

Preußischer Medizinalbeamtenverein.

Am **Dienstag, den 13. Dezember d. J.** findet nachmittags 2 Uhr eine **Versammlung der Vertreter der Bezirksvereine** des Preußischen Medizinalbeamtenvereins in **Berlin** im **Ministerium für Volkswohlfahrt,** Leipzigerstraße 3, Sitzungssaal 105, statt.

Tagesordnung:

1. Beratung des Entwurfes und endgültige Fassung der neuen Satzungen.
2. Wahl des Vorstandes auf Grund der neuen Satzungen.
3. Stellungnahme zur Kommunalisierung der Medizinalbeamten. **Referent:** Dr. Bröckerhoff-Hagen.
4. Das Verhältnis des Preußischen Medizinalbeamtenvereins zum Reichsbund höherer Beamten. Referent: Dr. Rogowski-Berlin.
5. Anregungen der Vertreter der Bezirksvereine.

Da keine Einzelabzüge der Satzungen mehr vorhanden sind, bitte ich, Nr. 19 der Zeitschrift für Medizinalbeamte mitzubringen.

Der Vorsitzende des Preuß. Medizinalbeamtenvereins
Geh. Med.-Rat Dr. Wodtke.

Nachruf.

Am 23. September d. J. ist nach langem, schwerem Leiden der Hofbuchhändler **H. Kornfeld,** Inhaber von Fischers med. Buchhandlung, gestorben. Seiner im Jahre 1887 gegebenen Anregung verdankt die Zeitschrift für Medizinalbeamte ihr Entstehen, und wenn sich seitdem aus dem anfangs nur monatlich und in geringem Umfange erscheinenden Blatte allmählich eine angesehene, den Bedürfnissen der Medizinalbeamten weit mehr entsprechende Fachzeitschrift entwickelt hat, so ist dies nicht zum geringsten Teil das Verdienst des Verstorbenen, der alle dahingehenden Bestrebungen des Herausgebers jederzeit in der entgegenkommensten und bereitwilligsten Weise unterstützt hat. Dies gilt besonders betreffs der letzten fünf Jahre, in denen sich infolge des Krieges die weitere Herausgabe der Zeitschrift, namentlich für die Verlagsbuchhandlung, mit außerordentlichen Schwierigkeiten und Kosten verknüpft war. Die Medizinalbeamten werden daher das Andenken an den Verstorbenen, der auch sonst ihren Bestrebungen ein warmes Interesse entgegenbrachte, allzeit in Ehren halten! Noch viel mehr wird dies aber der Herausgeber dieser Zeitschrift tun, der mit ihm fast 35 Jahre stets in harmonischer und freundschaftlicher Weise zusammengearbeitet hat. Diese treue Mitarbeit wird ihm unvergessen bleiben!

Verantwortlich für die Schriftleitung: Prof. Dr. Rapmund, Geh. Med.-Rat in Lippspringe.
Druck von J. C. C. Bruns, Minden i. W.

4. Jahrg. Nr. 24 — 20. Dez. 1921.

ZEITSCHRIFT FÜR MEDIZINALBEAMTE

Zentralblatt

für das gesamte Gebiet der gerichtlichen Medizin und Psychiatrie, des staatlichen und privaten Versicherungswesens, sowie für das Medizinal- und öffentliche Gesundheitswesen, einschl. der praktischen und sozialen Hygiene.

Herausgegeben von

Prof. Dr. Otto Rapmund

Geh. Med.-Rat in Bad Lippspringe.

Offizielles Organ des Deutschen, Preussischen, Bayerischen, Sächsischen, Württembergischen, Badischen, Hessischen, Mecklenburgischen, Thüringischen und Braunschweigischen Medizinalbeamtenvereins.

Eine Beilage: Rechtsprechung und Medizinalgesetzgebung.

Bezugspreis für das Jahr: 60 M. durch die Post bezogen: 63 M.

VERLAG VON FISCHER'S MEDIZ. BUCHHANDLUNG H. KORNFELD, Berlin W. 62, Keithstraße 5.

INHALT.

Geschäftsstelle und Versand für die Mitglieder des Medizinalbeamtenvereins durch J. C. C. BRUNS, Buchdruckerei, MINDEN i. WESTF.

Alleinige Anzeigen-Annahme und verantwortlich für den Anzeigenteil: HANS PUSCH, BERLIN SW. 48, Wilhelmstraße 28.

Personalien.

Deutsches Reich und Preussen.

Auszeichnungen: Verliehen: Der Schlesische Adlerorden I. Klasse: dem Medizinalrat Dr. Aust, Kreisarzt in Nauen.

Ernannt: Dr. phil. Heck, Bakteriologe am Hauptgesundheitsamt in Berlin, zum Direktor des Medizinaluntersuchungsamtes in Düsseldorf, Kreisassistenzarzt Dr. Lange, kommiss. Kreisarzt in Rosenberg i. Schl. zum Kreisarzt dieses Kreises, Kreisassistenzarzt Dr. Betke in Berlin (Polizeipräsidium) zum Landesgewerbearzt in Wiesbaden, Kreisarzt Dr. Beintker in Dramburg zum Landesgewerbearzt in Arnsberg, Kreisarzt Dr. Neumann in Tarnowitz zum Landesgewerbearzt in Breslau.

Versetzt: Prof. Dr. Nippe, Direktor des dortigen gerichtlich-medizinischen Instituts, in gleicher Eigenschaft nach Königsberg i. Pr., Reg.- und Med.-Rat Dr. Lemcke-Oppeln als Kreisarzt nach Breslau (Stadt I), Kreisarzt Dr. Lemke-Arnswalde z. Zt. in Koblenz nach Meppen, Kreimedizinalrat Dr. Liedtke, ständiger Hilfsarbeiter bei der Regierung in Arnsberg an die Regierung in Köslin zur Stellvertretung des dortigen erkrankten Reg.- und Med.-Rats.

Bayern.

Gestorben: Ober-Med.-Rat Dr. Weckerle, Bezirksarzt in Traunstein und Med.-Rat Dr. Leonpacher, Landgerichtsarzt a. D., ebendaselbst.

Württemberg.

Versetzt: Oberamtsarzt Dr. Kurrer in Horb nach Freudenstadt.

Andere deutsche Freistaaten.

In den Ruhestand getreten: San.-Rat Dr. Beckhaus, Kreisarzt in Königslutter (Braunschweig).

34. Jahrg. Zeitschrift für MEDIZINALBEAMTE 1921.

Zentralblatt
für das gesamte Gebiet der gerichtlichen Medizin und Psychiatrie, des staatlichen u. privaten Versicherungswesens, sowie für das Medizinal- u. öffentliche Gesundheitswesen, einschl. der prakt. u. sozialen Hygiene

Herausgegeben von

Prof. Dr. Otto Rapmund
Geh. Med.-Rat in Bad Lippspringe.

Offizielles Organ d. Deutschen, Preußischen, Bayerischen, Sächsischen, Württembergischen, Badischen, Hessischen, Mecklenburgischen, Thüringischen u. Braunschweigischen Medizinalbeamtenvereins

Verlag von Fischer's med. Buchhandlung H. Kornfeld
Herzogl. Bayer. Hof- u. K. u. K. Kammer-Buchhändler
Berlin W. 62, Keithstrasse 5

Nr. 24. | Erscheint am 5. und 20. jeden Monats | 20. Dez.

C. Bericht über die XV. Landesversammlung (Mitgliederversammlung) des Bayerischen Medizinalbeamtenvereins

am 10. September 1921 im Künstlerhaus in Nürnberg.

Um 5¼ Uhr eröffnete der Vorsitzende, Ober-Regierungsrat Dr. **Frickhinger** die Versammlung und stellte die satzungsgemäße Einberufung der Versammlung durch Rundschreiben vom 28. Juli 1921 fest. Er gab seiner Freude Ausdruck, daß die heurige Landesversammlung im Rahmen einer gemeinsamen Tagung mit dem Deutschen und Preußischen Medizinalbeamtenverein stattfinde. In Rücksicht auf das reiche wissenschaftliche Programm des Deutschen Medizinalbeamtenvereins konnte der Bayerische Verein davon absehen, einen eigenen wissenschaftlichen Teil in seine Tagesordnung aufzunehmen.

Der Vorsitzende begrüßte die zur heutigen Mitgliederversammlung Erschienenen herzlichst und dankte insbesondere dem Vertreter des Staatsministeriums des Innern, Geh. Rat Prof. Dr. Dieudonné sowie den Vertretern der 8 Kreisregierungen wärmstens für ihr Erscheinen. Desgleichen wurde der Staatsregierung der geziemende Dank dafür zum Ausdruck gebracht, daß den an der Tagung des Deutschen und Bayerischen Medizinalbeamtenvereins teilnehmenden Landgerichts- und Bezirksärzten Tagegelder und Reisekosten vom Staatsministerium des Innern bewilligt wurden.

Den seit der vorigjährigen Landesversammlung verstorbenen 12 Vereinsmitgliedern widmete der Vorsitzende warme Worte; die Anwesenden erhoben

sich zum Zeichen ehrenden Gedenkens von den Sitzen. Die Namen der Verstorbenen sind:

Dr. Becker, Karl, Bez.-Arzt in Feuchtwangen.
Dr. Boecale, Johann, Bez.-Arzt, Ob.-Med.-Rat a. D. in Regensburg.
Dr. Burgl, Georg, Reg.- und Ob.-Med.-Rat a. D. in Regensburg.
Dr. von Dall'Armi, Bez.-Arzt a. D., Ob.-Med.-Rat in München.
Dr. Dollmann, Alfons, Landgerichtsarzt in Regensburg.
Dr. Eccard, Wilhelm, Direktor der Kreisirrenanstalt, Ob.-Med.-Rat in Frankenthal.
Dr. Hartmann, Johann, Bez.-Arzt a. D., Ob.-Med.-Rat in Pfaffenhofen.
Dr. Herberich, Karl, prakt. Arzt in Gemünden a. M.
Dr. Mangelsdorff, Max, Bez.-Arzt, Ob.-Med.-Rat in Gemünden a. M.
Dr. Raab, Wilhelm, Bez.-Arzt, Ob.-Med.-Rat in Ansbach.
Dr. Schaefer, Friedrich, Bez.-Arzt a. D., Ob.-Med.-Rat in Sulzbach.
Dr. von Thon-Dittmer, Hans, Landgerichtsarzt in Eichstaedt.

I. Rechenschaftsbericht.

Der Schriftführer und Kassenwart, Polizeiarzt Dr. **Schuster**, berichtete, daß der Verein am 1. Sept. 1921 310 Mitglieder zählte. Von den Mitgliedern sind tätig

im Ministerium des Innern und im Ministerium für soziale Fürsorge	5
bei den Kreisregierungen	9
als Bezirksärzte im Außendienst	162
als Landgerichtsärzte und Hausärzte der Gefangenenanstalten	31
als Universitätslehrer und an bakteriologischen Untersuchungsanstalten	8
in Heil- und Pflegeanstalten	6
als prakt. Aerzte (Anwärter, bezw. ärztl. Stellvertreter, Schulärzte, Krankenhausärzte, Polizeiärzte)	74
Außer Dienst sind	15

Zu Ehrenmitgliedern des Vereins wurden von der Vorstandschaft ernannt: Obermedizinalrat Dr. Gottlieb von Merkel in Nürnberg und Obermedizinalrat Dr. Alafberg in Ludwigshafen.

Die Rechnung des Jahres 1920 schloß

mit einer Einnahme von	M. 26174,09
und einer Ausgabe von	M. 25789,12 ab,
so daß am 31. Dez. 1920	M. 384,97

auf Postscheckkonto und in Bargeld vorhanden waren.

Das Vereinsvermögen besteht aus Kriegsanleihe im Nennwert von M. 2800,—, der Rechnungsabschluß der Dresdener Bank lautet auf M. 384,— zugunsten der Bank.

Die Rechnung wurde am 5. Februar 1921 von den Ober-Med.-Räten Dr. Sendtner und Dr. Steichele in Augsburg geprüft und richtig befunden. Die Versammlung erteilte dem Kassenwart unter Dankeserstattung für seine Mühewaltung Entlastung.

II. Tätigkeit der Vorstandschaft, Besoldungsordnung und einschlägige Fragen.

Auf Vorschlag des Vorsitzenden werden die beiden obigen Gegenstände der Tagesordnung zusammen behandelt. Die Aussprache wird durch den vom Vorsitzenden erstatteten **Tätigkeitsbericht** eingeleitet.

Auf der Landesversammlung am 4. Juli 1920 in München war die Frage der Vorstandschaft, ob für die Bezirksärzte Gehaltsgruppe XI mit Vorrückungsposten unter allen Umständen, also auch unter Verzicht auf die Gebühren erstrebt werden solle, von 55 Mitgliedern bejahend und von 14 verneinend beantwortet worden. Es erschien unter diesen Umständen geboten, die Anschauung aller Mitglieder in dieser wichtigen Frage festzustellen.

Auf ein Rundschreiben der Vorstandschaft vom 6. Aug. 20 lief eine Antwort von 238 Mitgliedern ein, hievon antworteten 196 = 82,4% zustimmend. Unter den Abstimmenden befanden sich 158 aktive Bezirksärzte, von denen 135 = 85,3% die Frage bejahten und 33 = 14,7% verneinten. Aber auch von den letzteren erklärten sich nahezu alle im Interesse der Ge-

samtheit der Bezirksärzte nachträglich mit einer Verzichtleistung auf die Gebühren einverstanden.

In der Vorstandssitzung am 8. Sept. 1920 wurde das Ergebnis der Abstimmung bekanntgegeben und daraufhin beschlossen, in einer begründeten Eingabe an das Staatsministerium des Innern und der Finanzen, ferner an die Fachgemeinschaft der Verwaltungsbeamten im Namen der Bezirksärzte auf die amtlichen anfallenden Gebühren zu Gunsten der Staatskasse zu verzichten, falls die Bezirksärzte in die Gehaltsgruppe XI mit Vorrückungsstellen nach XII eingereiht und dabei bestimmte, näher bezeichnete Bedingungen (s. Bericht über die XII. Landesversammlung, S. 404 dieser Zeitschrift) erfüllt würden. Im Anschluß an die Vorstandssitzung wurde eine Abordnung (Frickhinger, Grassl, Marzell) vom Staatssekretär Schweyer empfangen. Die Wünsche der Medizinalbeamten wurden hierbei eingehend vorgetragen. Die Eingabe ging am 15. September 1920 an die oben genannten Stellen ab, dem Landtag wurde im November eine Anzahl von Abdrücken der Eingabe vorgelegt. Zu gleicher Zeit hatte von Seiten der Vorstandschaft eine planmäßige Aufklärung über den bezirksärztlichen Dienst bei den führenden Abgeordneten aller Parteien eingesetzt. Mit dem ersten Vorsitzenden des Besoldungsausschusses (Abg. Giehrl) hatte der Landesvorsitzende und der Kreisvorsitzende von Oberbayern eine eingehende Besprechung.

In einer Vorstandssitzung am 12. März 1921 wurde über die bisherigen Schritte berichtet und gebeten, daß von den Vorstandsmitgliedern die aufklärende Tätigkeit des Landesvorsitzenden bei den Abgeordneten unterstützt werden möchte.

In der gleichen Sitzung wurde über die Notwendigkeit der Erhöhung der Impfgebühren gesprochen. Es wurde darauf hingewiesen, daß die Impfgebühren bei den hohen Fuhrwerkskosten keine ins Gewicht fallende Einnahmequelle mehr bilden und daß in Bezirken mit schlechten Verkehrsverhältnissen die Höhe der Ausgaben vielfach sogar die Einnahmen erheblich übersteige. Einer im Auftrage der Vorstandschaft vom Landesvorsitzenden dem Medizinalreferenten des Ministeriums vorgetragenen Bitte um Erhöhung der Impfgebühren wurde mit Verordnung vom 28. April 1921 in dankenswerter Weise entsprochen.

In gleicher Weise wurde auch einem Antrag der pfälzischen Kollegen betr. Zuziehung des Bezirksarztes im Bezirkstag bei allen gesundheitlichen Fragen, worüber gleichfalls in der Vorstandssitzung vom 12. März 21 eingehend beraten wurde, mit Min.-Entschl. vom 19. 4. 21 Nr. 5029 a 11, stattgegeben.

In der ersten Lesung des Besoldungsausschusses des bayer. Landtages am 21. Juni 1921 wurde ein Antrag der Abgeordneten, Exzellenz v. Knilling und Graf Pestalozza, betr. Schaffung von Vorrückungsstellen nach Gruppe XII für die Landgerichtsärzte angenommen, während ein Antrag v. Knilling, in gleicher Weise auch den Bezirksärzten Vorrückungsstellen nach XI zu gewähren, abgelehnt wurde.

Von der Vorstandschaft erging daraufhin alsbald am 24. Juni 21 eine begründete Eingabe an den Landtag mit der Bitte, auch für die Bezirksärzte Vorrückungsstellen zu schaffen. Ein Artikel im gleichen Sinne wurde den größeren Tageszeitungen übermittelt, weiterhin wurde nochmals Fühlung mit einer größeren Anzahl von Abgeordneten genommen.

Den Bemühungen der Vorstandschaft war der Erfolg nicht versagt. Auf einen Antrag von Exz. v. Knilling beschloß der Besoldungsausschuß am 2. Juli 21 in der zweiten Lesung der Besoldungsordnung die Schaffung von Vorrückungsstellen für die Bezirksärzte im Rahmen des dringlichen Bedürfnisses in den Bezirken, in denen dem Bezirksarzt infolge des Umfangs seiner Amtsgeschäfte die Ausübung einer nennenswerten Privatpraxis unmöglich und zugleich der Gebührenausfall verhältnismäßig unbedeutend ist.

Der Landtag ist dem Beschluß seines Ausschusses beigetreten, so daß nunmehr die in Gehaltsgruppe XI eingereihten Landgerichtsärzte Vorrückungsstellen nach XII und die in Gruppe X befindlichen Bezirksärzte und Strafanstaltsärzte Vorrückungsstellen nach Gruppe XI erhalten haben.

Die Staatsregierung hat in den „Stellennachweis“, der auf Grund des

Landtagsbeschlusses ausgearbeitet wurde, die Ueberführung von 5 Landgerichtsärzten nach XII und von 12 Bezirksärzten nach XI eingesetzt.

Der Vorsitzende führte im Anschluß an den Tätigkeitsbericht aus, daß die Zahl der nach XI zu überführenden Bezirksärzte eine viel zu niedrige sei. Bezirksarztstellen, bei denen infolge des Umfangs der Amtsgeschäfte die Ausübung einer nennenswerten Privatpraxis unmöglich und zugleich der Gebührenausfall verhältnismäßig unbedeutend sei, gäbe es in Bayern in weit größerer Zahl. Bei der Würdigung der Höhe des Gebührenausfalls müsse auch der Umfang und der Grad der Verantwortung der Dienststelle in Rechnung gesetzt werden. Unter allen Umständen seien bei den vollbeschäftigten Bezirksärzten die Auslagen für die Diensträume (Miete, Beheizung, Beleuchtung, Reinigung) von dem Gebührenausfall in Abzug zu bringen. Es müsse deshalb zunächst die Aufgabe des Medizinalbeamtenvereins sein, mit allen zu Gebote stehenden Mitteln dahin zu wirken, daß eine wesentlich höhere Zahl von Bezirksärzten nach XI gehoben würde, als dies im Stellennachweis vorgesehen sei.

In der sich an den Vortrag des Vorsitzenden anschließenden **Aussprache**, an der sich Graßl, Deppisch, Schütz und Kühn beteiligten, fand das Vorgehen der Vorstandsschaft allseitige Billigung, der Stellenausweis mit den „12 Aposteln“ wurde als durchaus unbefriedigend bezeichnet (Graßl).

Auf Antrag von Ob.-Med.-Rat Dr. **Kühn**-Kaiserslautern wurde nachstehende Resolution einstimmig beschlossen:

„Die Mitgliederversammlung hält die im Stellennachweis vorgesehene Zahl von 12 Vorrückungsstellen für Bezirksärzte für durchaus ungenügend und beauftragt die Vorstandschaft, die nötigen Schritte zu tun, eine wesentlich größere Anzahl von Vorrückungsstellen ähnlich dem Hundertverhältnis der Vorrückungsstellen in Preußen zu erwirken.“

Es wird vom Landesvorsitzenden als notwendig bezeichnet, die Abgeordneten in eingehender Weise über die Lage der Medizinalbeamten (Umfang der Dienstgeschäfte, Unzulänglichkeit des Ruhegehaltes, Fehlen einer Dienstaufwandsentschädigung für Einrichtung, Miete, Beheizung, Beleuchtung und Reinigung der Diensträume) aufzuklären. Der Landesvorsitzende bittet alle Mitglieder, ihn tatkräftig zu unterstützen.[1])

Ob.-Med.-Rat Dr. **Graßl**-Kempten bespricht eingehend das auf 300 M. erhöhte **Dienstaversum der Amtsärzte**, das auch in dieser Höhe für den Bezug der Münchener Medizinischen Wochenschrift und der Staatszeitung, für das Einbinden der Wochenschrift, für sonstige Drucksachen (Formblätter), sowie für die nötigen Schreibmaterialien nicht annähernd ausreiche.

Geh. Rat Prof. Dr. **Dieudonné** teilte mit, daß im Voranschlag des Staatshaushaltes für das kommende Jahr das Dienstaversum wesentlich erhöht worden sei.

Ob.-Med.-Rat Dr. **Graßl** wies darauf hin, daß in dem bisherigen Dienstaversum eine Aufwandsentschädigung für die Kosten der Diensträume nicht enthalten sei. Bei der Preissteigerung für Miete, Beheizung, Beleuchtung, Reinigung könne den Bezirks- und Landgerichtsärzten weiterhin nicht mehr zugemutet werden, diese Auslagen aus der eigenen Tasche zu bezahlen. Er sei gezwungen, 4 Räume für seinen Dienst bereitzustellen. Die Beheizung erfordere 40 Zentner Kohlen; die Kohlenpreise steigen aber ständig, ebenso die Preise für Beleuchtung, die Putzmaterialien und die Löhne. In vielen Fällen würden dadurch die Gebühren, wegen deren die große Masse der Bezirksärzte auch in Zukunft in der Gruppe X der Besoldungsordnung zurückgehalten werde, völlig aufgebraucht. In Preußen würden durchschnittlich 3500 M. Dienstaufwandsentschädigung gewährt, in Würtemberg 2500 M.

In der **Aussprache** (Schütz, Gebhardt, Heim, Brinsteiner, Linder, Kühn) kam auch die Telephonfrage zur Besprechung. Es

[1]) Die im Vollzug obigen Beschlusses einsetzenden Bemühungen der Vorstandschaft haben zur Folge gehabt, daß der Besoldungsausschuß des Landtags die Anzahl der Vorrückungsstellen für Bezirksärzte von 12 auf 20 erhöht hat.

wurde betont, daß ein Nebenanschluß an das bezirksamtliche Büro für den Amtsarzt, der das Telephon sehr häufig in den Mittagsstunden, dann abends nach Büroschluß, Samstags nachmittags und auch an Feiertagen bemühen müsse, oft wertlos sei. Bei dem vielfach überlasteten Telephon des Bezirksamtes sei ein Anschluß recht häufig nur mit großem Zeitverlust zu erreichen.

Von mehreren Seiten wurde darauf hingewiesen, daß eine Abstufung der Dienstaufwandsentschädigung nach der Größe und dienstlichen Inanspruchnahme der einzelnen Aemter notwendig sei. Insbesondere bedürften die Bezirksärzte, die auf dem Gebiete der sozialen Fürsorge eine rege Tätigkeit entwickeln, einen höheren Dienstaufwand.

Der Landesvorsitzende wurde beauftragt, über die hier einschlägigen Fragen mündlich im Staatsministerium des Innern zu verhandeln.

III. Satzungsänderung.

Von der Vorstandschaft wurden nachstehende Aenderungen der Vereinssatzungen vorgeschlagen:

„§ 5, Abs. 1. Der Jahresbeitrag beträgt 60 M. Das Vereinsjahr läuft mit dem Kalenderjahr.

§ 6. Die Vorstandschaft des Vereins besteht aus dem Landesvorsitzenden, dem stellvertretenden Landesvorsitzenden, den 8 Kreisvorsitzenden, einem Schriftführer, Kassenwart und 3 weiteren Vorstandsmitgliedern, die aus den Gruppen der Vereinsmitglieder gewählt werden sollen, die im Vorstand nicht vertreten sind.

§ 7. Vorstand im Sinne des § 26 des B. G. B. ist der Landesvorsitzende, in dessen Behinderung der stellvertretende Landesvorsitzende.

§ 9. Bei dringenden und eiligen Anlässen können an Stelle der Vorstandschaft der Landesvorsitzende, der stellvertretende Landesvorsitzende und der Kreisvorsitzende des Regierungsbezirks, in dem der Landesvorsitzende seinen Wohnsitz hat, zu einer Beratung zusammentreten.

Der bisherige § 9 bildet nunmehr Abs. 2 dieses Paragraphen.

§ 13. Die Kreisvorsitzenden wählen mittelst Stimmzettel mit Stimmenmehrheit der Wählenden die übrigen Vorstandsmitglieder. Wahl durch Zuruf ist beim Landesvorsitzenden und beim stellvertretenden Landesvorsitzenden ausgeschlossen, im übrigen nur zulässig, wenn sich keine Stimme dagegen erhebt.

§ 15. Der Landesvorsitzende und in seiner Behinderung der stellvertretende Landesvorsitzende vertritt den Verein . . (usw. wie bisher)."

Der **Vorsitzende** berichtete kurz über die **Beratung der Satzungsänderung** in der tags zuvor abgehaltenen Vorstandssitzung. Das Wesentliche der Aenderung bestehe in einer Erweiterung der Vorstandschaft. Es sei notwendig, daß dem Landesvorsitzenden jederzeit Berater zur Seite stünden, die ihm in den schwerwiegenden Fragen, die ständig an ihn herantreten, unterstützen und mit ihm die Verantwortung teilen sollten. Weiterhin habe es sich als ein Mangel erwiesen, daß in der Vorstandschaft neben den Bezirksärzten nicht auch die übrigen Gruppen der Vereinsmitglieder vertreten sind.

Die Satzungsänderungen wurden von der Versammlung einstimmig angenommen.

IV. Vorstandswahl.

Gemäß § 13 der Satzungen wurde von den Kreisvorsitzenden eine Neuwahl der Vorstandschaft vorgenommen. Hierbei berichtete als dienstältester Kreisvorsitzender Ober-Med.-Rat Dr. **Graßl.**

Der Landesvorsitzende, Ober-Regierungsrat Dr. **Frickhinger**, hatte infolge starker Belastung mit Dienstgeschäften dringend gebeten, von seiner Wiederwahl abzusehen. In der nach Schluß der Vorstandssitzung gestern vorgenommenen Wahlhandlung wurde beschlossen, die Wahl zu verschieben, um nochmals den Versuch zu machen, den bisherigen Landesvorsitzenden zur Annahme seiner Wiederwahl zu bewegen. Dies ist schließlich gelungen, so daß heute die einstimmige Wahl von Oberreg.-Rat Dr. **Frickhinger** erfolgen konnte. Mit gleicher Einstimmigkeit wurde auch der bisherige Schriftführer und Kassenwart, Polizeiarzt Dr. **Schuster**, wiedergewählt.

Unter der Voraussetzung der soeben erfolgten Annahme der Aenderung der Satzung durch die Mitgliederversammlung wurden von den Kreisvorsitzenden gewählt: zum stellvertretenden Landesvorsitzenden: Dr. Wolfg. Kaspar, Bezirksarzt in München; zu weiteren Vorstandsmitgliedern: Ober-Med.-Rat Dr. Ant. Kreuz, Landgerichtsarzt in Nürnberg, Bezirksarzt Dr. Theodor Viernstein, Gefangenenanstaltsarzt in Straubing, Dr. Valentin Schmid, Hilfsarzt des Landgerichtsarztes in Augsburg.

V. Wünsche und Anträge.

1. Antrag der Kreisversammlung Oberfranken betr. Entschädigung der Bezirsärzte für Vornahme von Untersuchungen von Anwärtern für den Finanzdienst.

Der Antrag wurde von Ober-Med.-Rat Dr. **Heißler** vertreten. Das Finanzamt Nürnberg, Zweigstelle Bayreuth, hatte unter dem 16. 8. 1920 verfügt, daß es infolge Ueberganges der Finanzverwaltung auf das Reich den Amtsärzten anheimgegeben werde, für derartige Zeugnisse Gebühren nach Ziff. 9 der Geb.-Ordnung vom 17. 11. 02 aufzurechnen. Die Gebühren seien aus der Reichskasse zu bestreiten.

Im Gegensatz hierzu wurde mit M.-E vom 15. 10. 20 angeordnet, daß die Zeugnisse für Anwärter für den Finanzdienst auch in Zukunft von den Bezirksärzten ex offizio auszustellen seien.

Da in Preußen den Kreisärzten für solche Zeugnisse Gebühren zugebilligt werden, sei es billig, daß die bayerischen Bezirksärzte, die infolge der Einreihung in die Gehaltsgruppe X auf Gebührenanfall ein Recht haben, nicht anders behandelt würden, wenn es sich um Untersuchung von Anwärtern für den Reichsdienst handele.

Es wurde einstimmig der nachstehende oberfränkische Antrag angenommen: Es wird der Landesverein beauftragt, beim Ministerium des Innern dahin zu wirken, daß die M.-E. vom 15. 10. 20 aufgehoben werde, die für Reichsfinanzbeamte Zeugnisse ex offizio anordnet und mit einer Entschließung des Landesfinanzamtes Nürnberg vom 16. 8. 20 in Widerspruch steht.

2. Von Ober-Med.-Rat Dr. **Graßl** wurde eine Aenderung der nicht mehr zeitgemäßen Gebührenordnung vom 17. Nov. 1902 angeregt.

3. Von anderer Seite wurde darauf hingewiesen, daß die Auszahlung der Impfgebühren durch die von Seiten der Regierung vorzunehmende Prüfung der einzelnen Ansätze eine unliebsame Verzögerung erfahre. Dies sei unter den jetzigen Teuerungsverhältnissen besonders schwerwiegend, da der Impfarzt bei der Impfung sehr erhebliche Barauslagen habe.

4. Ober-Med.-Rat Dr. **Brinsteiner**-Landsberg regt die Titelfrage an. Bezirksarzt Dr. **Westermayer** weist darauf hin, daß durch Verleihung der Dienstbezeichnung Regierungsmedizinalrat an verhältnismäßig junge Aerzte der Versorgungsämter einerseits der Titel Medizinalrat entwertet, anderseits aber auch eine Aenderung der Dienstbezeichnung des Bezirksarztes, besonders in Orten mit Versorgungsämtern, dienstlich von Belang sei.

In Uebereinstimmung mit einer Aussprache in der letzten Vorstandssitzung war die Versammlung damit einverstanden, daß die Titelfrage vorerst noch zurückgestellt werde, dagegen wurde der Wunsch ausgesprochen, daß älteren verdienten Medizinalbeamten recht bald der Titel „Obermedizinalrat" verliehen werden möchte, nachdem auch in der Justizverwaltung der Justizratstitel neuerdings wieder erschienen sei.

Es wurde hierbei betont, daß auch die Verleihung des Titels „Sanitätsrat" an ältere bewährte Aerzte für das öffentliche Gesundheitswesen von Belang sei, da hierin ein Anreiz für die praktischen Aerzte zu erblicken sei, den Amtsarzt durch peinliche Erfüllung der Anzeigepflicht bei übertragbaren Krankheiten, ferner auf dem Gebiete des Fürsorgewesens zu unterstützen.

5. Bezirksarzt Dr. **Kuntz**-Nürnberg fragt an, ob nicht in absehbarer Zeit auf eine neue Auflage des Gebhardtschen Hilfsbuches zu rechnen sei. Der Landesvorsitzende berichtet über die in dieser Hinsicht vor dem Kriege eingeleiteten Verhandlungen, die durch den Krieg und jetzt durch die hohen Kosten zum Stillstand gekommen seien. H. Ober-Reg.-Rat Dr. **Gebhardt** glaubt nicht, daß sich unter den jetzigen Verhältnissen ein Verleger für eine

Neuauflage finden werde, da der Kreis der Bezieher für das Hilfsbuch doch ein sehr beschränkter sei.

H. Geh. Rat Prof. Dr. **Dieudonné** bestätigt die Schwierigkeiten, die zurzeit einer Neuauflage entgegenständen. Die Herausgabe des ärztlichen Handbuches, das seit Jahren nicht mehr erschienen sei, nun aber wieder herauskommen solle, sei nur durch erhebliche Zuschüsse von seiten des Staates ermöglicht worden.

Da von allen Seiten die Neuauflage des Hilfsbuches in der bisherigen Form oder wenigstens die Herausgabe einer Gesetzes- und Verordnungensammlung als ein dringendes Bedürfnis bezeichnet wird, gibt der Vorsitzende die Zusicherung, die Frage im Auge behalten zu wollen.

Vor Schluß der Versammlung dankte Ober-Med.-Rat Dr. **Schütz** dem Landesvorsitzenden in warmen Worten für seine bisherige Tätigkeit und für die Zusage, die Vereinsleitung weiterführen zu wollen.

Der **Vorsitzende** drückte seine Befriedigung über die große Beteiligung an der Mitgliederversammlung (103 Teilnehmer) aus und dankte nochmals dem Vertreter der Staatsregierung für das wohlwollende Interesse, das er den Verhandlungsgegenständen entgegengebracht habe.

Um 8 Uhr abends wurde die Versammlung geschlossen.

München-Augsburg, Dezember 1921.

Dr. Frickhinger Dr. Schuster.

Solaninvergiftung?

Von Bezirksarzt Dr. **Beltinger-Miltenberg.**

Wie in den vorausgegangenen Jahren im Juli, so häuften sich heuer von Beginn des September an die Erkrankungen, die unter dem Bilde einer akuten Gastro-Enteritis einhergingen. Die Erkrankungen setzten äußerst akut ein in der Regel schon 12—24 Stunden nach Aufnahme der schädlichen Noxe, meist mit Erbrechen, geringeren oder stärkeren im ganzen Leib empfundenen Schmerzen, Fieber um 39° herum, und häufigen schleimig-blutigen Ausleerungen; das den Ausleerungen beigemischte Blut war zum Teil verdaut, zum Teil unverdaut. Der Puls war wenig beschleunigt, nicht ganz dem Fieber entsprechend, die Pupillen boten nichts Besonderes dar. Der Leib war meist wenig druckempfindlich, die Zunge trocken. Die Eßlust fehlte, der Durst war nicht groß. Das Fieber ging nach 1—2 Tagen zurück; das anfangs sehr stürmische Bild wurde bei entsprechender Diät (Tee, Schleimsuppe, warmer Rotwein) und symptomatischer Behandlung schon nach 1—2 tägiger Dauer bedeutend ruhiger. Nach der anfänglichen Apathie wurden die Kranken rasch wieder lebhaft; es stellte sich bald mächtiger Hunger ein, die Zunge wurde wieder feucht, die schleimig-blutigen Ausleerungen blieben aber noch bis zum 4.—6. Tage und länger bestehen, um dann sehr plötzlich ganz aufzuhören. Ganz frappierend war die meist nach 4—6 Tagen schon einsetzende Euphorie; Kinder, die tags zuvor noch müde und matt in ihrem Bett gelegen hatten, waren beim nächsten Besuch schon aufgestanden, frisch und munter; von Müdigkeit und Abgeschlagenheit ließ sich nichts bemerken. Nur in einem sehr schweren Falle vergingen 11 Tage bis zur Wiederherstellung; ein weiterer Fall endigte nach 9 Tagen tödlich bei weiten, aber lichtempfindlichen Pupillen, starkem Lufthunger und an-

dauernd schmerzhaften, gegen das Ende wieder konsistent gewordenen Stuhlentleerungen. In diesem Falle war eine haemorrhagische Gastro-Enteritis vorhanden, vielleicht aber war auch eine Veränderung der roten Blutkörperchen eingetreten, die trotz Besserung des Allgemeinzustandes durch reichliche Gaben von Alkohol zum Exitus führte. Die Fälle beschränkten sich immer nur auf ein Familienmitglied, nur einmal erkrankten 2 Kinder derselben Familie. Meist waren es Kinder zwischen 2 und 8 Jahren, die von der Krankheit befallen wurden; unter den Erkrankten befanden sich nur 2 Erwachsene, möglich, daß gerade Kinder infolge reichlichen Obstgenusses in dieser Zeit mehr praedisponiert waren gegenüber den im Obstgenuß immerhin etwas vorsichtigeren Erwachsenen.

Der bakteriologische Untersuchungsbefund der Ausleerungen war für Ruhrbazillen negativ, was an sich nicht gegen die Annahme von Ruhrerkrankungen sprechen würde. Es handelte sich aber bei diesen der Ruhr täuschend ähnlichen Erkrankungen nicht um Ruhr, sondern um Vergiftung durch Genuß von nicht ausgereiften oder von neuerdings infolge niedergegangener Regengüsse wieder frisch treibenden Kartoffeln. Diese Erkrankungen zeigten sich in den Vorjahren nur im Juli beim Genuß der Frühkartoffeln; heuer blieben sie im Juli aus, um mit um so größerer Heftigkeit im September aufzutreten. Während J. Hansen in der Zeitschrift für experimentelle Pathologie und Therapie (20. Band, 3. Heft 1920) schreibt, daß der Solaningehalt der Kartoffeln unter keinen Umständen Vergiftungen veranlassen könne, sondern daß die durch Kartoffelgenuß entstandenen Vergiftungen wohl immer auf Bakterientoxine zurückzuführen seien, berichtet Johannes Kurt Rothe-Leipzig in der Zeitschrift für Hygiene und Infektionskrankheiten (Band 88, 1. Heft 1919), daß im Februar 1918 in Leipzig 14 Personen plötzlich nach dem Genuß von etwa 1 Pfund Kartoffeln erkrankten und daß es sich herausstellte, daß es sich um eine Solaninvergiftung handelte.

Ich lasse die Frage, ob es sich bei den von mir beobachteten Erkrankungen um Solaninvergiftung oder um Vergiftung mit Bakterientoxinen handelte, offen; der Zweck dieser Zeilen soll nur der sein, auf die Möglichkeit der Entstehung akuter Gastro-Enteritiden durch Genuß unreifer oder frisch treibender Kartoffeln aufmerksam zu machen und die Bevölkerung vor dem Genuß solcher Kartoffeln zu warnen bezw. sie zur Vorsicht zu mahnen.

Zur Sublimatvergiftung.

Zu der Abhandlung von Kreisarzt Dr. Möbius in Ilfeld in Nr. 20 dieser Zeitschrift (S. 438) über einen Selbstmordversuch mit Sublimat, wird uns von Dr. A. Mann in Mainz (Fabrik chemischer und pharmazeutischer Präparate mitgeteilt, daß sich die Sublimatlösung in Aluminiumtöpfen zu Queck-

silberamalgam umsetzt, unter Zersetzung des Sublimats, und infolge dessen nach 10 Minuten nur noch Spuren von Sublimat oder gar keines mehr vorhanden ist.

Gebühren für ärztliche Atteste.

Von Med.-Rat Dr. Curtius, Kreisarzt in Stendal.

Nach der ärztlichen Gebührenordnung vom 1. September 1920 können für Gutachten mit Angabe der Gründe 18—400 M., für ausführliche Krankenberichte 6—60 M. berechnet werden. In welchen Fällen die niedrigen Sätze Geltung haben, bestimmt § 2. Es gibt nun eine große Gruppe von Attesten, in denen kein Gutachten mit Angabe der Gründe, sondern eigentlich nur ein ausführlicher Krankheitsbericht in Form von zu beantwortenden Fragestellungen verlangt wird. Hierzu gehören z. B. viele Formular-Atteste für Berufsgenossenschaften und Heilstätten aller Art. Häufig sind aber die Fragestellungen in diesen Formularattesten recht umfangreich, weil die betreffende Verwaltung durch ihre Vertrauens- bezw. Anstaltsärzte sich selbst ein Urteil darüber bilden will, ob die Herabsetzung der Rente berechtigt, oder die Aufnahme in eine Anstalt angebracht ist, oder nicht. Da es den Aerzten nicht zugemutet werden kann, diese vielfachen Fragen auf Grund von allen möglichen Organ- oder Ausscheidungsuntersuchungen für 6 bezw. 18 M. zu beantworten, so helfen sich manche Kollegen dadurch, daß sie die durch die Ausstellung von Formularattesten bedingte Tätigkeit nach den sonstigen Sätzen der Gebührenordnung berechnen.

Eine Rechnung über ein solches Attest zwecks Aufnahme in eine Kinderheilstätte lag mir zur Feststellung der Gebühren vor. Der betreffende Kollege hat nach meiner Ansicht zu Recht in Ansatz gebracht:

1. Erste Untersuchung Ziff. 1 a	M.	4
2. Zeitaufwand für 1½ Stunden Ziff. 5	„	12
3. Untersuchung des Auswurfs auf T. B. Ziff. 19 a. 2	„	20
4. Untersuchung des Urins Ziff. 19 c. 1	„	10
5. Ausführlicher Krankheitsbericht	„	6
	Sa. M.	52

Nach meiner Auffassung müßte zur Gebührenordnung ein Zusatz des Inhalts gemacht werden, daß bei Vorliegen des § 2 für ausführliche Krankheitsberichte ohne Angabe der Gründe und für Gutachten mit Angabe von Gründen nach den einzelnen Ziffern der Gebührenordnung berechnet werden kann, wenn zu dessen Abgabe besondere Einzelleistungen erforderlich sind, die über den Satz von insgesamt 6 bezw. von 18 M. hinausgehen. Vielleicht wird hierdurch auch erreicht werden, daß die bis jetzt noch häufig vorkommende Vielfragerei in den Vordruckformularen eingeschränkt und anamnestische oder statistische Dinge, wenn nötig, von den Anstalten selbst ermittelt werden. Zum Teil sind deshalb die Berufsgenossen-

schaften und Anstalten selbst Schuld daran, wenn sie über die teuren Attestgebühren klagen. Die Gebührenordnung ist aber von dieser Schuld auch nicht frei zu sprechen; denn die gewöhnliche Untersuchung des Urins auf Eiweiß durch die Kochprobe ist mit 10 M. doch recht reichlich angesetzt, so daß es begreiflich ist, wenn viele Krankenkassen diese Gebühr als eine pekuniäre Belastung empfinden.

Berichtigung.

Zu meinem Befremden lese ich auf S. 537 der Zeitschrift für Medizinalbeamte vom 20. November 1921, daß Herr Kreismedizinalrat Dr. Guttwein-Berlin in einer Diskussionsbemerkung auf der XI. Hauptversammlung des D. Medizinalbeamtenvereins behauptet hat, daß ich die Kreisärzte auf dem diesjährigen Fürsorgetag in Berlin schwer verletzt hätte, insbesondere durch die Behauptung, daß sie auf sozialhygienischem Gebiete völlig versagt hätten und deshalb „weggefegt" werden müßten.

Bei meinen Ausführungen auf dem Gesundheitsfürsorgetag habe ich mich aus wohlerwogenen Gründen streng an den Wortlaut eines Manuskriptes gehalten, das dann sofort der Druckerei zugegangen ist. Die Wendung „völlig versagten" oder gar den ganz unsinnigen Ausdruck „weggefegt" habe ich bestimmt nicht gebraucht. Vielmehr lautet die allein in Frage kommende Stelle ausweislich des seit Monaten im Druck vorliegenden Berichtes über den D. Gesundheitsfürsorgetag in Berlin, Verlag Krieger-Dank, Berlin S. W. 29, S. 11, wie folgt:

„Die Probleme des Kampfes gegen die akuten Infektionskrankheiten brauchen nicht mehr im Vordergrunde weder der theoretischen Forschung noch der praktischen Betätigung des behördlichen Apparates zu stehen. Um so mehr drängen sich die im eigentlichen Sinne sozialhygienischen Aufgaben, die sich vorwiegend mit der Bekämpfung und Verhütung chronischer Krankheiten und Körperfehler namentlich der Kinder und Frauen befassen, in den Vordergrund des hygienischen Interesses. Diesen Aufgaben haben die städtischen Verwaltungen bereits in den letzten beiden Jahrzehnten vor dem Kriege ihre Aufmerksamkeit zuwenden müssen, weil die staatlichen Gesundheitsbeamten sowohl infolge ihrer geringen Zahl, als auch mangels zureichender Ausbildung nach dieser Richtung hin nicht zureichten. Während der Kriegszeit sind auch die Kreisverwaltungen in die sozialhygienische Richtung der Hygiene in steigendem Maße miteinbezogen worden. Auch die Kreisärzte selbst befaßten sich mehr und mehr mit dem gesundheitlichen Fürsorgewesen."

Ich bitte die Leser — auch wenn sie in der Sache anders denken —, selbst entscheiden zu wollen, wer Anlaß hat, sich schwer gekränkt zu fühlen und zwar in diesem Falle durch ein unbegreiflich ungenaues Zitieren.

Prof. Dr. **A. Grotjahn**, Berlin.

Entgegnung auf die Berichtigung von Herrn Prof. Dr. Grotjahn-Berlin.

Hätte Herr Prof. Grotjahn auf der Gesundheitsfürsorgetagung in Berlin nur die in seiner Berichtigung angeführten Ausführungen gemacht, so hätte für mich kein ernsthafter Grund vorgelegen, auf sie in Nürnberg zurückzukommen und ihnen zu widersprechen, da sie ja nur seine eigene Auffassung von der Sache widerspiegeln. — Daß aber tatsächlich darüber hinaus für die Gesamtheit der Kreisärzte verletzende Aeußerungen gefallen sind, kann gar keinem Zweifel unterliegen.

Für die Richtigkeit dieser meiner Behauptung sind, ganz abgesehen von meiner eigenen Person, beweisend die Ausführungen von Wollenweber-Dortmund und Engelsmann-Kiel in der Diskussion auf der Gesundheitsfürsorgetagung sowie die Aeußerung des letztgenannten Herrn in Nr. 15 der Zeitschrift für Medizinalbeamte S. 323/24. Schließlich sei noch bemerkt, daß auch Wollenweber-Dertmund die von mir in Nürnberg abgegebene Erklärung inhaltlich bestätigt hat (vergl. den Bericht über die Versammlung des Deutschen Medizinalbeamtenvereins, Zeitschr. für Medizinalbeamte S. 368).

Infolgedessen halte ich meine in Nürnberg abgegebene Erklärung vollkommen aufrecht und lege hiermit entschieden Verwahrung ein gegen den Vorwurf „unbegreiflich ungenauen Zitierens".

Dr. Guttwein-Berlin.

Aus Versammlungen und Vereinen.

Bericht über die I. Versammlung der Mitglieder des Vereins der Medizinalbeamten des Regierungsbezirks Kassel am 4. Dezember d. J. in Kassel.

Anwesend waren 13 Mitglieder.

Nach kurzen einleitenden Worten des Einberufers, Herrn Med.-Rat Dr. Wagner-Kassel, wird in die Tagesordnung eingetreten und

1. die Bildung eines Bezirksvereins beschlossen und folgender Vorstand gewählt: Vorsitzender: Med.-Rat Dr. Roselieb-Wolfhagen, Stellvertreter: Med.-Rat Dr. Börner-Eschwege, Schrift- und Kassenführer: Kreisarzt Dr. Wolf-Kassel, Stellvertreter: Kreisarzt Dr. Spiecker-Fritzlar. Zu Bezirksvertretern wurden gewählt: Med.-Rat Dr. Roselieb-Wolfhagen und Kreisarzt Dr. Wolf-Kassel.
2. Beratung des Satzungsentwurfs, der angenommen wird.
3. Wegen der großen Reisekosten wurde beschlossen, nur einen Vertreter zum Vertretertag am 15. Dezember nach Berlin zu entsenden.
4. Der Beitrag zum Bezirksverein wird in diesem Jahre auf 50 M., im nächsten auf 25 M. festgesetzt.
5. Verschiedenes.

Besprechungen.

Dr. Jul. Kratter, Hofrat und ordentl. Prof. der gerichtlichen Medizin in Graz: **Lehrbuch der gerichtlichen Medizin.** Mit Zugrundelegung der deutschen und österreichischen Gesetzgebung und ihrer Neuordnung. I. Band. Theore-

tischer Teil. Zweite wesentlich erweiterte Auflage. Stuttgart; 1921. Verlag von Ferd. Enke. Gr. 8°, 724 S. Preis: 132 M., geb. 150 M.

Dem im Jahre 1919 als „Gerichtsärztliche Praxis" selbständig erschienenen und in dieser Zeitschrift (s. Jahrg. 1920, Nr. 17, S. 304) besprochenen, zweiten Band des Lehrbuches ist nunmehr der erste Band nachgefolgt, in dem der Verfasser auf Beispiele und Bilderschmuck verzichten konnte, da solche in dem zweiten Bande in reichem Maße dargeboten sind. Beide Bände bilden somit ein geschlossenes Ganze, wenn auch jeder von ihnen als selbständiges Werk betrachtet werden kann. Der vorliegende theoretische Teil hat gegenüber seiner im Jahre 1912 erschienenen ersten Auflage eine dem jetzigen Stande der Wissenschaft nach allen Richtungen Rechnung tragende Neubearbeitung und wesentliche Aenderung erfahren. Das Lehrbuch will zwar in erster Linie den angehenden Arzt in das Studium der gerichtlichen Medizin einführen und ist deshalb auch vom Verfasser seinen Schülern gewidmet; sein auf dem Ergebnis einer reichen Lebensarbeit beruhender Inhalt gibt aber ein so klares und umfassendes Bild von dem ganzen Gebiet der gerichtlichen Medizin, daß es auch dem im Leben stehenden praktischen Arzt und ärztlichen Sachverständigen sowie den Juristen als zuverlässiger und vortrefflicher Ratgeber dienen kann und sicherlich auch dienen wird. Jedenfalls verdient das Werk in den beteiligten Kreisen die weiteste Verbreitung! Rpd.

Dr. Engau, Kreisassistenzarzt in Darmstadt: **Kurzes Repitorium der gerichtlichen Medizin.** Dritte, umgearbeitete Auflage. Leipzig; 1920. Verlag von Joh. Andr. Barth. Kl. 8°, 117 S. Preis: 6 M., geb. 7,60 M. (ohne Sortimentszuschlag).

Das vorliegende Heft bildet Nr. 28 der Breitensteinschen Repitorien; es sind in ihm demzufolge mit Rücksicht auf die gebotene Kürze dieser Repitorien nur die wichtigsten und grundlegenden Tatsachen der gerichtlichen Medizin berücksichtigt, um den angehenden Medizinern einen kurzen Ueberblick über dieses Spezialfach sowie den Examenskandidaten (auch für die staatsärztliche Prüfung) die Möglichkeit zu verschaffen, sich in Kürze das Wissenswerte auf diesem Gebiete wieder in das Gedächtnis zurückzurufen. Dieser Aufgabe ist Verfasser mit Geschick gerecht geworden, namentlich in der neuen Auflage, die sich durch große Uebersichtlichkeit auszeichnet und auch durch einen neuen Abschnitt über ärztliche Kunstfehler erweitert ist. Rpd.

Dr. M. Mayer, San.-Rat und Kreisarzt in Meisenheim (Glan): **Landwirtschaftliche Unfallkunde.** Ein Leitfaden auf Grund der ärztlichen Landpraxis. Mit 18 Abbildungen auf Tafeln. Berlin; 1920. Verlagsbuchhandlung von Richard Schoetz. 8°, 99 S. Preis: geb. 16 M.

Ein aus der Praxis heraus auf Grund reicher eigener Erfahrungen des leider so früh verstorbenen Autors verfaßtes Büchlein, das allen Aerzten, insbesondere denen, die viel mit der Untersuchung und Begutachtung von landwirtschaftlichen Unfällen zu tun haben, nur aufs wärmste empfohlen werden kann. Sie werden darin manche Winke für ihre Sachverständigentätigkeit finden und dadurch vor etwaigen Fehlern und Irrtümern am besten geschützt werden. Rpd.

Prof. Dr. Erben in Wien: **Diagnose der Simulation nervöser Symptome.** Ein Lehrbuch für den Praktiker. Mit 25 Textabbildungen und 3 Tafeln. Zweite vielfach ergänzte und erweiterte Auflage. Wien und Berlin 1920. Verlag von Urban & Schwarzenberg. Gr. 8°, 254 S. Preis: 38 M., geb. 50 M.

Bei der gründlichen Umarbeitung seines Werkes ist Verfasser seinem Grundsatz, dem Praktiker ein brauchbares Lehrbuch in die Hand zu geben, treu geblieben. Fast alle Kapitel haben Abänderungen und Ergänzungen erfahren; neu sind je ein besonderer Abschnitt über Haltungsanomalien sowie über Depression und hypochondrisch-querulatorische Stimmung. Nicht nur für den praktischen Arzt, sondern auch für den ärztlichen Sachverständigen und Facharzt ist bekanntlich gerade die Diagnose der Nervenkrankheiten und vor allem die Feststellung von Simulation eines der schwierigsten Kapitel; je mehr

sie sich mit dem Erbenschen Buche vertraut machen werden, desto mehr werden sie sich diese verantwortungsvolle Arbeit erleichtern und vor allem eine größere Sicherheit in der Beurteilung auch schwieriger Fälle gewinnen. Rpd.

Dr. W. Jacobi, Abteilungsarzt der psychiatrischen Universitätsklinik in Jena: **Die Ekstase der alttestamentlichen Propheten.** München und Wiesbaden; 1920. Verlag von J. F. Bergmann. Gr. 8°, 62 S. Preis: 9 M.

Die Abhandlung bildet ein Heft der jetzt von Dr. Sonnefeld in München herausgegebenen Einzeldarstellungen über Grenzfragen des Nerven- und Seelenlebens und ist deshalb auch nicht bloß für Aerzte, sondern auch für Gebildete aller Stände bestimmt. Die in ihr hauptsächlich auf Grund der Bibel behandelte Frage dürfte auch weitere Kreise interessieren und der Abhandlung entsprechende Verbreitung verschaffen, zumal sie in ebenso sachgemäßer als anregender Weise geschrieben ist. Rpd.

Dr. Erich Kindberg, Facharzt für innere und Nervenkrankheiten in Bonn: **Suggestion, Hypnose und Telepathie.** Mit 5 Abbildungen im Text. München und Wiesbaden; 1920. Verlag von J. F. Bergmann. Gr. 8°, 98 S. Preis: 15 Mk.

Suggestion, Affekte, Bewußtsein, telepathische Uebertragung von Gedanken und Sinneseindrücken, Hypnose, Schlaf und Störungen des normalen Ablaufs der Induktionsvorgänge werden von dem Verfasser auf durchaus wissenschaftlicher Grundlage und ohne Abschweifung in das transzendentale Gebiet behandelt. Verfasser hat seine Darlegungen nur für Aerzte und Philosophen bestimmt, die sich auch wohl im großen und ganzen mit den an ihrem Schluß aufgestellten Anschauungen über Suggestion, Affekte, Hypnose und Hysterie gestellten Leitsätzen einverstanden erklären dürften. Eine wertvolle Beigabe sind die am Schluß gebrachten Versuchsprotokolle. Rpd.

Dr. phil. et. med. A. Schackwitz, Assistent am Institut für gerichtliche Medizin in Kiel: **Ueber psychologische Berufs-Eignungsprüfungen für Verkehrsberufe.** Berlin; 1920. Verlag von Julius Springer. Gr. 8°, 181 Seiten. Preis: 38 M.

Eine sehr fleißige Arbeit, die auf Veranlassung des inzwischen verstorbenen Feldsanitätschefs Dr. v. Schjerning und des Landesdepartements des Kriegsministeriums entstanden ist, um Grundlagen für die Beurteilung des Wertes psychologischer Berufs-Eignungsprüfungen zu gewinnen. Als Untersuchungsmaterial für die Eignungsprüfung dienten die Straßenbahnführer und -führerinnen in Kiel. Nach einer kritischen Besprechung der bisher bekanntgegebenen psychologischen Eignungsprüfungen für die Verkehrsberufe teilt Verfasser die mit seiner neuen dortigen Prüfung erzielten Ergebnisse mit, die auch für die gerichtliche und soiale Medizin von erheblicher Bedeutung sind, obwohl sie für die Praxis keinen vollen brauchbaren Erfolg erzielt haben. Rpd.

Prof. Dr. F. Gumprecht, Geh. Med.-Rat und Med.-Referent im Thüringischen Wirtschaftsministerium: **Prophylaxe der Infektionskrankheiten.** Band III. 3. Abt. der zweiten Auflage des Weylschen Handbuches der Hygiene, herausgegeben von Geh. Rat Prof. Dr. Gärtner in Jena. Jena 1921. Verlag von G. Fischer. Gr. 8°, 320 Seiten. Preis: 75 M. (Subskriptionspreis 60 M.).

Nach einem allgemeinen Teil, in dem die internationalen Maßnahmen und Einrichtungen zur Seuchengesetzgebung, das deutsche Reichsseuchengesetz, die deutschen Landesseuchengesetze und Einrichtungen behandelt werden, folgt die Darstellung der speziellen Prophylaxe bei den einzelnen Infektionskrankheiten, bei der überall Epidemiologie, Krankheitserreger, Krankheitsbild, Diagnose und Prognose, Vorbeuge- und Bekämpfungsmaßnahmen, Schutzimpfungen, besondere gesetzliche Bestimmungen usw. in erschöpfender Weise behandelt sind. Man sieht daraus, wie wenig einheitlich der Kampf gegen die Volksseuchen in den verschiedenen Ländern geregelt ist, namentlich bei den sogenannten Heimseuchen, deren Bekämpfung bekanntlich nicht einmal im Deutschen Reiche nach einheitlichen Grundsätzen erfolgt Im übrigen

zeichnet sich das vorliegende Werk durch große Uebersichtlichkeit und zweckmäßige Einteilung des Inhalts, sowie durch vollständige Beherrschung des umfangreichen Stoffes seitens des Verfassers aus. Rpd.

Dr. R. Eberle, San.-Rat und Anstaltsarzt des Sophienhauses und Feodoraheims in Weimar: **Taschenbuch der Krankenpflege für Krankenpflegeschulen.** Für Aerzte, Schwestern und die Familie. 10., völlig umgearbeitete und verbesserte Auflage. Mit zahlreichen Abbildungen; zwei anatomischen Tafeln. Weimar 1921. Hermann Böhlaus Nachfolger. Kl. 8°, 486 S. Preis; geb. 20 M.

Das von dem verstorbenen Geh. Med.-Rat Dr. L. Pfeiffer in Weimar im Jahre 1908 zuerst und späterhin bis zur 6. Auflage einschl. herausgegebene und in weiten Kreisen beliebte Taschenbuch ist wiederum in der sehr kurzen Zeit von zwei Jahren vergriffen, so daß sich die Notwendigkeit einer Neuauflage ergab, bei der von dem Verfasser, seinen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern mancherlei Verbesserungen vorgenommen sind, aber erfreulicherweise ohne den Umfang des Taschenbuches in nennenswerter Weise zu vergrößern. Sein Erscheinen wird daher Aerzten, Schwestern, Krankenpflegeschulen und Familien um so willkommener sein, als sein Preis unter den jetzigen Verhältnissen als ein außerordentlich niedriger bezeichnet werden muß. Rpd.

Dr. A. Grotjahn, ord. Prof. der sozialen Hygiene in Berlin: **Geburtenrückgang und Geburtenregelung im Lichte der individuellen und sozialen Hygiene.** Zweite mit einem Nachwort versehene Ausgabe. Berlin 1921. Verlag von O. Coblentz. 8°, 378 Seiten. Preis: 25 M.

Die Auflage stellt einen Abdruck der im Jahre 1914 erschienenen ersten Ausgabe dar, die der Verfasser gegenüber dem ständigen Geburtenrückgang mit der Forderung schloß: Wir müssen alle Minen springen lassen, um die kinderreichen Elternpaare vor den kinderlosen und kinderarmen zu bevorzugen, was am sichersten durch eine allgemeine Elternschaftsversicherung möglich ist. Nur wenn sich das Deutsche Reich einen starken Bevölkerungsaufstieg in allen Ständen und Stämmen der gesamten Nation erhält, wird es gegenüber der ungeheuren und nie einzuholenden numerischen Ueberlegenheit der Slaven bestehen bleiben. Die Erfahrungen, die seitdem der Krieg gebracht, haben die Notwendigkeit dieser Grundforderung des Verfassers nicht nur bestätigt, sondern auch dafür gesorgt, daß ihr z. T. bereits im Deutschen Reiche Rechnung getragen ist, z. B. durch den Ausbau der Wochenhilfe und durch Gewährung von Kinderbeibilfen an Beamte. Mit der Ansicht des Verfassers, daß sich die Verteidigung des Volkstums in erster Linie nur durch die Erhaltung der Volkskraft, d. h. durch eine den verfügbaren Unterhaltsmitteln anzupassende Bevölkerungszahl geführt werden kann, wird sich wohl jeder einverstanden erklären können; daß dazu aber eine fortschreitende und dauernde Sozialisierung unserer Volkswirtschaft nötig ist, ein Zusammenwirken von Hygiene und Sozialisierung, wird sicherlich ebenso viel Gegner wie Zustimmende finden. Rpd.

Prof Dr. Norbert Ortner: Klinische Symtomatologie innerer Krankheiten. Erster Band. Zweiter Teil. Körperschmerzen. Berlin und Wien; 1919. Verlag von Urban & Schwarzenberg. Gr. 8°, 412 S.

Dem ersten Teile seiner „Klinischen Symptomatologie innerer Krankheiten über Bauchschmerzen" hat Verfasser schnell den zweiten folgen lassen, sodaß der ratsuchende Leser jetzt ein geschlossenes Ganze über alle schmerzhaften Empfindungen bei inneren Krankheiten in Händen hat. Herz-, Kreuz-, Steiß-, Schulter-, Rücken-, Hals-, Brust-, Extremitäten-, Muskel-, Knochen-, Gelenk- und Kopfschmerzen werden nacheinander behandelt und ebenso wie im ersten Bande die Bauchschmerzen nach allen Richtungen und Gesichtspunkten hin in ihrem Zusammenhang zu den verschiedenen inneren Krankheiten und in ihrer Verwertung zu deren Diagnose behandelt. Der zweite Teil schließt sich dem ersten Teile in jeder Weise würdig an und wird sich sicherlich ebenso wie dieser große Anerkennung und viele Freunde in Aerztekreisen gewinnen. Rpd.

Dr. Richard Koch: Die ärztliche Diagnose. Beitrag zur Kenntnis des ärztlichen Denkens. Zweite umgearbeitete Auflage. Wiesbaden; 1920. Verlag von J. F. Bergmann. Gr. 8°, 206 S. Preis: 18 M.

Es wird wohl nur wenige Aerzte geben, die ein Bestehen von Schwierigkeiten im ärztlichen Denken nicht anerkennen; deshalb ist auch der Leserkreis, für den Verfasser sein Buch bestimmt hat, an sich ein recht großer. Es ist von ihm aus der ärztlichen Praxis heraus geschrieben; da er aber Anhänger von Schweninger ist und demzufolge die Medizin nicht als Wissenschaft anerkennt, so trägt auch der in seinem Buche zum Ausdruck gebrachte Gedankengang dieses Gepräge. Er befaßt sich darin nur mit dem einen Teil des ärztlichen Denkens, dem diagnostischen, und läßt den therapeutischen Teil absichtlich unerörtert, weil dieser von dem ersteren so eng abhängig ist, daß die Ordnung der diagnostischen Grundlage die Ordnung der therapeutischen Folgerungen ohne weiteres bedingt. Eine richtige Diagnose verbürgt aber nicht immer eine ebenso richtige Behandlung. Erkenntnis und Urteil hat sich der Verfasser als Aufgabe gestellt und wird diese von seinem Standpunkte in einer Weise gelöst, die auch anders denkende Aerzte fesseln und manche wertvolle Aenderung für ihr ärztliches Denken und ihre ärztliche Tätigkeit geben wird. Rpd.

Prof. Dr. Richard Geigel in Würzburg: **Lehrbuch der Herzkrankheiten.** Mit 60 Figuren. München und Wiesbaden; 1920. Verlag von J. F. Bergmann. Gr. 8°, 318 S. Preis: 30 M.

In einem sehr ausführlichen allgemeinen Teil werden zunächst die anatomischen, psychologischen und mechanischen Verhältnisse des Herzens und Blutumlaufes, die Untersuchungsmethoden sowie die allgemeinen Krankheitserscheinungen und Behandlungsmethoden behandelt, in dem darauffolgenden speziellen Teile sodann die einzelnen Krankheiten des Herzens einschließlich Arteriosklerose. Verfasser sagt im Vorwort mit Recht, sein Buch sei weniger zum Nachschlagen, als zum genauen Nachlesen bestimmt, um etwas daraus zu lernen. Wer Nutzen davon haben will, der soll es nur ordentlich durchstudieren, dann wird aber sowohl für den angehenden und jungen Arzt als für den alten Praktiker der Nutzen nicht ausbleiben. Rpd.

Dr. Oskar Barwinkel in Bad Nauheim: **Krankheiten des Herzens und der Gefässe.** München und Wiesbaden. Verlag von J. F. Bergmann. Gr. 8°, 154 S. Preis: 18 M.

Verfasser hat das für den praktischen Arzt so wichtige Kapitel der Erkrankungen des Herzens und der Gefäße in knapper Form dargestellt. In dem ersten allgemeinen Teil sind deshalb auch von den zahllosen anderen diagnostischen Hilfsmitteln nur die praktisch bewährten besprochen und der gerade in jetziger Zeit sehr stark eingerichtete therapeutische Apparat kritisch gesichtet, um den Arzt vor einer unsicheren Vielgeschäftigkeit zu wahren. Ebenso sind in dem speziellen den einzelnen Krankheitsformen gewidmeten Teile die wichtigen und klinisch häufigen Erkrankungen in den Vordergrund gestellt. Ueberall merkt man den erfahrenen, auf eine 30jährige Tätigkeit als Badearzt in Nauheim und auf ein sehr großes Krankenmaterial sich stützenden Praktiker, so daß das Buch sicherlich dem Wunsche seines Verfassers entsprechend „den Studierenden ein bewährter Führer und dem Kollegen ein guter Berater am Krankenbett werden wird.“ Rpd.

Frau Elisabeth Cimbal in Altona: **Praktische Säuglingsfürsorge in Stadt und Land.** Berlin 1920. Staatspolitischer Verlag. 8°; 52 Seiten. Preis: geh. 3 Mark.

Die im Auftrage des Reichsfinanzausschusses der Deutschen Volkspartei herausgegebene Schrift behandelt die gerade in der jetzigen Zeit so wichtige Frage der Säuglingsfürsorge in gemeinverständlicher, aber durchaus sachkundiger Weise. Sie ist in erster Linie für Säuglingspflegerinnen und alle Frauen bestimmt, die sich auf dem Gebiete der Säuglingsfürsorge betätigen wollen, und wird sich für diese auch als brauchbar erweisen, da die hauptsächlich hierbei in Betracht kommenden Punkte: Schwangerenfürsorge, Mütterberatungsstelle, Milchküchen, Krippen und Mütterheime, Haltekinderwesen, Organisation der

Säuglingspflege auf dem Lande (Hebammenfürsorge usw.), sowie die einschlägigen gesetzlichen Bestimmungen entsprechende Berücksichtigung gefunden haben.
Rpd.

Dr. E. Kraxmann, Assistenzarzt der Universitätskinderklinik in Rostock: **Säuglings- und Kleinkinderpflege in Frage und Antwort.** Leipzig 1921. Verlag von Georg Thieme. 8°; 88 Seiten. Preis: 8 Mark.

Das mit einem Vorwort von Prof. Dr. Brüning in Rostock versehene Büchlein bringt den für die Ausbildung von Säuglings- und Kleinkinderpflege erforderlichen Lehr- und Lernstoff in Frage und Antwort auf Grund eigner Erfahrungen bei Säuglingspflegekursen. Alles Wissenswerte über Schwangerschaft, Wochenbett, Ernährung, Pflege und Fürsorge des gesunden und kranken Säuglings und Kleinkindes sind gemeinverständlich dargestellt und zwar so, wie sich eine Unterhaltung swischen ärztlichem Lehrer und Schülern abspielt. Diese Art der Abfassung hat jedenfalls, namentlich für den Unterricht, manche Vorzüge; deshalb wird das Büchlein auch voraussichtlich in den beteiligten Kreisen wohlwollende Aufnahme und entsprechende Verbreitung finden. Rpd.

Dr. Emmerich, Professor und Vorstand des pathologischen Instituts des städtischen Krankenhauses in Kiel und **Dr. Hage**, bisher Leiter der bakteriologischen Untersuchungsstelle in Cuxhaven: **Winke für die Entnahme und Entsendung von Material zur bakteriologischen, serologischen und hisologischen Untersuchung.** Mit zwei Textabbildungen. Berlin 1921. Verlag von Julius Springer. 8°; 45 Seiten. Preis: kart. 9 Mark.

Ein Hilfsbuch für die Praxis, was umsomehr dem Bedürfnis entspricht, als leider noch manche praktischen Aerzte in bezug auf die zweckmäßige Entnahme und Entsendung bakteriologischen usw. Untersuchungsmaterials viel zu wünschen übrig lassen und dadurch die Untersuchung im Laboratorium nicht nur erschweren, sondern oft ganz unmöglich machen. Die Erzielung sicherer und verwertbarer Untersuchungsergebnisse hängt eben wesentlich von der sachgemäßen und schnellen Entnahme und Entsendung des betreffenden Materials ab; der kleine Leitfaden wird hoffentlich recht große Verbreitung finden und mit dazu beitragen, daß künftighin die in dieser Hinsicht noch vorhandenden Mängel verschwinden. Rpd.

Prof. Dr. E. Baier, Direktor des Nahrungsmitteluntersuchungsamtes der Landwirtschaftskammer für die Provinz Brandenburg in Berlin: **Hilfsbuch für Nahrungsmittelchemiker zum Gebrauch im Laboratorium.** Vierte, umgearbeitete Auflage. Mit 9 Textabbildungen. Berlin; 1920. Verlag von Jul. Springer. 8°; 884 Seiten. Preis: geb. 90 Mark (dazu Sortimentsaufschlag).

Die neue Auflage des früher Bujard-Baierschen Hilfsbuchs ist jetzt von Prof. Dr. Baier allein herausgegeben und hat dabei eine gründliche Umarbeitung erfahren, die sich nicht nur auf die Gliederung des Inhalts, sondern auf diesen selbst erstreckt, um ihn mit den andauernden Fortschritten auf den einschlägigen Gebieten in Einklang zu bringen. Dadurch hat sich allerdings eine Ausdehnung des Umfanges nicht vollständig vermeiden lassen; gleichwohl hat das Buch seinen handlichen Charakter gewahrt und wird sich in seinem neuen Gewande noch mehr wie bisher als zuverlässiger praktisch-brauchbarer Ratgeber erweisen. Rpd.

Prof. Dr. Otto Koerner-Rostock: **Erinnerungen eines deutschen Arztes und Hochschullehrers 1858–1914.** Mit 9 Bildern. München und Wiesbaden, 1920. Verlag von J. F. Bergmann. Gr. 8°, 136 S. Preis: 21 M.

Die Erinnerungen des an der Rostocker Universität seit 1894 wirkenden bekannten Professors der Laryngologie und Otologie sind der dortigen Universität zu ihrer 500-Jahr-Feier und dem Städtischen Gymnasium in Frankfurt a. M., an dem Verfasser seine Schulzeit als geborener Frankfurter durchgemacht hat, zu seiner 400-Jahr-Feier gewidmet. Sie geben ein überaus fesselndes Bild nicht nur von dem Lebensgang des Verfassers, sondern auch von dem Leben und Treiben in allen denjenigen Orten, in denen er seine Jugendzeit (Frankfurt a. M.),

seine Universitätsjahre (Marburg und Straßburg), seine ersten Jahre als Ohrenarzt (Frankfurt a. M.) und die darauffolgenden Jahre als Universitätslehrer (Rostock) zugebracht hat. Sie werden deshalb besonders die Schul- und Studiengenossen des Verfassers sowie seine vielen dankbaren Schüler interessieren; aber auch jeder andere, insbesondere jeder Arzt, wird beim Lesen der Erinnerungen vieles finden, das sein Interesse erweckt und eigne Erinnerungen wachruft. Rpd.

Kurzer Bericht

über die Sitzungen des Vorstandes und der Bezirksvertreter des Preussischen Medizinalbeamtenvereins am 13. Dezember 1921 zu Berlin im Ministerium für Volkswohlfahrt, von 9 Uhr vormittags bis 9 Uhr abends.

A. Vorstandssitzung.

Anwesend waren die Vorstandsmitglieder Geheimrat Dr. Wodtke, Vorsitzender, Med.-Rat Dr. Bundt, Schriftführer, Geheimrat Prof. Dr. Rapmund, Ehrenvorsitzender, Kreisarzt Dr. Wollenweber und Med.-Rat Dr. Rogowski. Entschuldigt fehlte im ersten Teil der Sitzung der stellvertretende Vorsitzende Geheimrat Prof. Dr. Strassmann, der aber später auch erschien. Einige Bezirksvertreter nahmen als Gäste an der Verhandlung teil.

Als Vertreter des Herrn Ministers für Volkswohlfahrt waren erschienen: die Herren Ministerialdirektor Prof. Dr. Gottstein und Wirkl. Geh. Ober-Med.-Rat Prof. Dr. Dietrich.

Der Herr Vorsitzende eröffnete die Sitzung, begrüßte die Herren der Medizinalabteilung mit bestem Dank für ihr Erscheinen, in dem er die Gewähr für ein künftiges enges Zusammenarbeiten zwischen dem Medizinalbeamtenverein und dem Ministerium erblicke. Nachdem sowohl Herr Ministerialdirektor Dr. Gottstein, als auch Herr Geheimrat Dr. Dietrich ihre volle Uebereinstimmung mit den Worten des Vorsitzenden erklärt hatten, trat man in **eine allgemeine Aussprache über die Wünsche der Medizinalbeamten und ihr Verhältnis zur Medizinalabteilung des Ministeriums ein.**

Die Besprechung, an der sich alle Vorstandsmitglieder lebhaft beteiligten und in der den Herren des Ministeriums die Wünsche der Medizinalbeamten und die Klagen unserer Mitglieder über die vermeintliche mangelhafte Vertretung dieser Wünsche vorgetragen wurden, hatte ein durchaus befriedigendes Ergebnis. Sie ergab vor allen Dingen, daß die Gefahr einer Unterstützung der Bestrebungen für die Kommunalisierung der Kreisärzte durch das Ministerium nicht besteht. Minister und Medizinalabteilung sind einig in dem Bestreben, die staatliche Stellung und damit die Unabhängigkeit der Kreisärzte zu erhalten.

Ebenso trafen unsere Wünsche für Besoldung und Besoldungsdienstalter auf volles Verständnis bei den Vertretern des Ministers. H. Geheimrat Dietrich gab dabei den Rat, alle diese Bestrebungen unserer Vertretung nicht den Spitzenorganisationen, d. i. den Beamtenbünden, zu überlassen, sondern beim Herrn Minister ganz offiziell die amtliche Vertretung unserer Belange durch den Vorstand unseres Vereins zu beantragen, wie sie uns schon einmal in einem Erlaß an einzelne Gruppen unserer Mitglieder zugesagt sei.

Unsere Klagen über die uns aufgedrungene mißliebige Amtsbezeichnung „Kreismedizinalrat“ wurden dahin beantwortet, daß man im Ministerium die Abneigung gegen diese Bezeichnung nicht für so allgemein gehalten habe; sie entspräche als reine Amtsbezeichnung der Tätigkeit der Kreisärzte, während die geforderten Bezeichnungen Kreisarzt und Medizinalrat bezw. Medizinalrat und Obermedizinalrat doch mehr oder minder als verfassungsgemäß unzulässige Titel anzusehen seien. Die Amtsbezeichnung „Oberregierungsrat“ für die Regierungs- und Medizinalräte sei auf unüberwindlichen Widerstand gestoßen, weil das Staatsministerium unsere Ansicht, daß die Regierungs- und Medizinalräte doch Vorsteher einer besonderen Regierungsabteilung seien, nicht teile.

Die Frage brauche jedoch nicht endgültig erledigt zu sein, eine Neuaufrollung bei der zu erwartenden Ueberprüfung der Besoldungsordnung sei möglich und zu erstreben.

Die Forderung einer weiteren Erhöhung der Dienstaufwandsentschädigung und der Gebühren entsprechend den durch die Teuerung dauernd gestiegenen Aufwendungen fand übereinstimmende Beurteilung.

Herr Ministerialdirektor Dr. Gottstein hob dann noch besonders hervor, daß er sich in jedem Falle sowohl bei dem Herrn Minister, als auch vor dem Parlament die Vertretung unserer Belange habe angelegen sein lassen und daß sowohl der Herr Minister Stegerwald, als auch er selbst jegliche Angriffe gegen die Tätigkeit der Medizinalbeamten so bald und so energisch als möglich zurückgewiesen habe, da sie beide von der Ungerechtigkeit der Angriffe und der aufopfernden und nützlichen Tätigkeit der Medizinalbeamten voll überzeugt seien.

Es wird darauf auf Antrag von H. Geheimrat Dr. Dietrich der dritte Punkt der Tagesordnung:

„Stellungnahme zur Kommunalisierung der Kreisärzte“

vorausgenommen. Hierbei führte H. Geheimrat Dr. Dietrich aus, daß der Gedanke der Uebertragung staatsärztlicher Funktionen an Kommunalärzte durch den damaligen Finanzminister Miquel in die Verwaltung hineingekommen sei. Man habe bei Einführung des Kreisarztgesetzes vier Stadtärzte mit kreisärztlicher Tätigkeit betraut, habe aber z. T. die Erfahrung gemacht, daß die Wahrung der Unabhängigkeit für diese allzu schwer, wenn nicht unmöglich sei. Wenn später noch einmal und auch in neuester Zeit derartige Doppelämter geschaffen seien, so sei dies stets in Rücksicht auf ganz besondere örtliche und politische Verhältnisse geschehen. Eine gewisse mangelhafte Widerstandsfähigkeit gegen diese Bestrebungen bestände immerhin im Finanzministerium, das darin eine Entlastung in der Bezahlung der Kreisärzte durch die Kommunen sähe.

Der Minister Stegerwald und die Medizinalabteilung des Ministeriums für Volkswohlfahrt seien stets gegen jede Anstellung und auch gegen die im Drewsschen Verwaltungsreformentwurf vorgesehene Präsentation der Kreisärzte durch die Gemeinden gewesen; auch der jetzige Herr Minister Hirtsiefer stehe genau auf dem gleichen Standpunkte. Redner rät bei der Besprechung mit dem Herrn Minister, diesen zu bitten, auch eine weitere Uebertragung kreisärztlicher Geschäfte an Stadtärzte nicht zuzulassen.

In der weiteren Besprechung wird dann von Wodtke, Wollenweber, Rapmund und Bundt die unumgängliche Notwendigkeit kreisärztlicher Unabhängigkeit in amtlicher Aufsichtstätigkeit, in der Seuchenbekämpfung und in der Stellung als öffentlicher Begutachter für Staat und Gemeinde und die Organe sozialer Gesetzgebung betont. Für die bisher angestellten Kreisärzte wird auch das Recht auf Fortdauer ihrer Staatsstellung in Anspruch genommen, das ebenso begründet sei wie das Recht auf lebenslängliche Anstellung bis zur Dienstunfähigkeit, das man nun durch die Zwangspensionierung zu brechen versuche. Rapmund empfiehlt hierbei eine umfangreiche und immer wiederholte Inanspruchnahme der Presse zur Aufklärung. Diesem Zweck soll eine Denkschrift dienen, deren Ausarbeitung der Vorstand in die Wege leiten müsse, da die allgemeine Oeffentlichkeit und auch die Mitglieder der parlamentarischen Körperschaften in Reich und Land noch allzu wenig Interesse und Kenntnis für und über die Tätigkeit und die Unentbehrlichkeit der staatlichen Gesundheitsbeamten haben.

Hierauf wird zur Besprechung der ersten Gegenstände der Tagesordnung:

„Vorberatung einer Eingabe an den Herrn Minister betreffend Stellung, Amtsbezeichnung und Besoldung der Medizinalbeamten“

übergegangen und es werden auch heute die dahingehenden Forderungen der Medizinalbeamten, wie sie in den Leitsätzen des Bundtschen Vortrages zu Nürnberg zum Ausdruck gekommen sind, noch einmal unter dem Gesichtspunkte eines Vortrages beim Herrn Minister besprochen. Einem Zweifel Bundts, ob man auch die Wünsche für den Ausbau der Medizinalverwaltung und die Selbständigkeit der Kreisärzte in der Ausübung der Gesundheitspolizei zum Vortrag

bringen oder sich heute auf besondere amtliche und wirtschaftliche Wünsche beschränken solle, begegnet Herr Geheimrat Dr. Dietrich mit dem Hinweis, daß er auch eine Behandlung der allgemeinen Frage für durchaus angezeigt halte. Er kommt dabei auf die Festsetzung des Besoldungsdienstalters, für das Rapmund eine Verlängerung der für die Kreisarztprüfung angesetzten Zeit von $^1/_2$ auf 1 Jahr und die Anrechnung der im Kreisarztgesetz festgesetzten 5 Jahre praktischer Arztzeit statt der angesetzten 3 für erstrebenswert hält, und gibt eine Uebersicht über die Aufrückungstellen der Kreisärzte und Regierungsmedizinalräte. Zur Zeit sind 203 vollbesoldete Kreisärzte vorhanden; im Jahre 1922 wird sich ihre Zahl auf 235 erhöhen. Davon sind 1921 135 in der X., 68 in der XI. Besoldungsklasse; 1922 werden dagegen 49 in der X. und 186 in der XI. Besoldungsklasse sein. Von den Reg.-Medizinalräten sind 1921 24 in der XI. und 11 in der XII. Klasse; 1922 werden dagegen 17 in der XI. und 18 in der XII. sein.

Der Warnung Bundts, eine allzu große Erhöhung der Gebühren zu verlangen, schließt sich der Vorstand an, da eine solche allzu leicht zu einer abträglichen Beurteilung führen kann und somit zur Gefahr der Bestimmung erhöhter Ablieferung der Gebühren an die Staatskasse, obwohl die Gebühren doch zu einem großen Teile zur Bestreitung der dienstlichen Aufwendungen bei unzureichender Dienstaufwandsentschädigung nötig seien. Eine weitere Erhöhung dieser Entschädigung, das war allgemeine Ansicht, sei aber auf jeden Fall zu fordern, da ihr Mißverhältnis zu dem wirklichen Aufwand, auch nach der Erhöhung auf durchschnittlich 1800 M. bei nichtvollbesoldeten und 3600 M. bei vollbesoldeten Kreisärzten, ein geradezu ungeheuerliches sei.

Im Laufe der Besprechung werden dann die dem Herrn Minister vorzutragenden Wünsche etwa folgendermaßen geformt:

1. Der Medizinalbeamtenverein ist bei allen, das Gesundheitswesen oder die Stellung der Medizinalbeamten angehenden Fragen vom Herrn Minister zu hören.
2. Eine selbständige Gesundheitsabteilung im Volkswohlfahrtsministerium mit einem Staatssekretär an der Spitze, ist Notwendigkeit; ebenso muß die Selbständigkeit der unteren Stellen in gesundheitspolizeilichen Verordnungen, die den Charakter der Fürsorge tragen müssen, gewährleistet werden.
3. Die Aufrückungsstellen sollen den Medizinalbeamten nur nach dem Dienstalter und zwar auch den nichtvollbesoldeten Kreisärzten verliehen werden. Nichtvollbesoldete sollen das gleiche Ruhegehalt wie Vollbesoldete haben. Die pensionierten Regierungs- und Medizinalräte, soweit sie 600 M. pensionsfähige Zulage gehabt haben, sollen auch das Ruhegehalt der Aufrückungsstelle haben.
4. Die Stellung des Regierungsmedizinalrats, die ihrem ganzen Wesen nach die Stelle eines Abteilungsvorstehers der Regierung, also eine Oberregierungsratstelle ist, soll auch zu einer solchen in Amtsbezeichnung und Besoldung ausgestaltet werden, schon, um wie früher, die besten Medizinalbeamten für diese Stellen zu gewinnen.

Im übrigen soll die Unterredung in bezug auf Amtsbezeichnung, Besoldung, Dienstaufwand und Gebühren sowie namentlich in bezug auf die Kommunalisierung der Kreisärzte in den vorher in der Besprechung gegebenen Richtlinien gehalten werden.

Zu Punkt 2 der Tagesordnung:

„Verhältnis des Preußischen Medizinalbeamtenvereins zum Reichsbund höherer Beamter“

wird ausgeführt, daß wir bei der Neuordnung des Bundes und seiner Einteilung in einzelne Gruppen die Wahl haben zwischen dem Anschluß an die Gruppe „Hoheit“, die die höheren Verwaltungsbeamten umfaßt, und die Gruppe „Wissenschaft“, der die rein wissenschaftlichen Staatsbeamten angehören. Eine Entscheidung wurde dem Vertretertage überlassen.

Bei Punkt 4: „Geschäftliches“ wird beschlossen,

a) einen Antrag an die Landesversicherungsanstalten auf Erhöhung der Gebühren dem späteren Vertretertag zu überlassen.

b) Die Klage des Bezirkes Osnabrück, daß für seine Kreisärzte viele amtliche Gebühren für ortspolizeiliche Geschäfte fortfallen, da die hannoverschen Kreise staatliche Polizei haben, soll als Material für den Entwurf einer neuen Gebührenordnung benutzt werden.

H. Geheimrat Dietrich ersucht den Medizinalbeamtenverein um Ausarbeitung eines solchen Entwurfes, da nicht nur die Tarifsätze, sondern auch die gesetzlichen Bestimmungen der alten Gebührenordnung vom 14. Juli 1903 veraltet seien. Es wird demgemäß beschlossen.

c) Endlich wird beschlossen, dem Vertretertag einen Antrag vorzulegen, daß die Tagegelder für Teilnahme an Sitzungen des Vortandes und der Vertretertagung des Preußischen Medizinalbeamtenvereins in der gleichen Höhe wie für die Stufe III der Staatsbeamten (94 M.) gemäß Erlaß vom 19. November 1921 1 C. 2. 3423/III 2. 596 gezahlt werden.

Die am Ort der Tagung wohnenden Vorstandsmitglieder und Vertreter sollen 50 M. Anwesenheitsgelder für jeden Tag erhalten.

Zum Schlusse legt Herr Geheimrat Dr. Dietrich als Beauftragter der im Fortbildungskurs versammelt gewesenen Medizinalbeamten 6 Forderungen dieser vor, die sich im allgemeinen durchaus mit den oben behandelten Fragen und den Anschauungen des Vorstandes decken und die dieser deshalb auch vertreten wird, mit Ausnahme der immer allzu hohen Gebührenerhöhung, gegen die die obengenannten gewichtigen Gründe in der Sitzung zur Erörterung kamen.

Damit wird die Vorstandssitzung geschlossen.

Während der Sitzung in einer Unterbrechung der Tagesordnung hielt der Verleger unserer Zeitung, Herr Kornfeld, uns einen kurzen Vortrag über den Stand der wirtschaftlichen Lage unseres Vereinsblattes, der preußischen Medizinalbeamtenzeitung. Seine Aufwendungen sind schon jetzt um 86 % größer als am 1. Februar 1921. Die Herstellung wird 1922 85000 M. kosten, denen für 1921 eine Einnahme von 56442,50 M. gegenübersteht.

Die Differenz ist auszugleichen entweder

a) durch Erhöhung des Bezugspreises oder
b) Verkürzung des Inhaltes oder
c) Gewinnung vermehrter Inserate.

Da eine Verkürzung des Inhaltes nicht angängig und die Hoffnung auf Gewinnung vermehrter Inserate bei dem beschränkten Leserkreise aussichtslos, bleibt nur eine Erhöhung des Bezugspreises und damit Erhöhung des Vereinsbeitrages übrig. Der Bezugspreis muß um 25 Mark erhöht werden, wird also 1922 45 M. betragen, wobei die Notwendigkeit einer weiteren Steigerung bei Erhöhung des Tarifes der Buchdrucker nicht ausgeschlossen ist.

Die Deckung eines Defizits Kornfelds für 1921 in Höhe von 5600 M wenigstens zu einem Teil durch den Verein wird einem späteren Uebereinkommen überlassen. Bei dem Nachweis, daß Kornfeld in früheren Jahren keinen nennenswerten Gewinn gehabt hat, hält Rapmund die Uebernahme eines angemessenen Teiles des Fehlbetrages durch den Verein für billig, zumal nach dem jetzigen Vertrage der Verein auch mit 50 % an einem etwaigen Gewinn beteiligt ist.

B. Empfang beim Herrn Minister.

Um 12 Uhr wurden dann drei Vorstandsmitglieder des Vereins, de Vorsitzende Geh. Rat Dr. Wodtke, der Schriftführer Med.-Rat Dr. Bundt und Kreisarzt Dr. Wollenweber durch den Herrn Minister Hirtsiefer in Gegenwart von Herrn Ministerialdirektor Dr. Gottstein und Herrn Geheimrat Dr. Dietrich, später noch des Herrn Staatssekretärs Scheidt, empfangen.

Der Herr Vorsitzende nahm Gelegenheit, dem Herrn Minister den Dank des Vereins für sein Entgegenkommen und seine anerkennenden Worte für die Kreisärzte in den letzten Landtagsverhandlungen, siehe nachstehend S. 619, auszusprechen. Er versicherte, daß der Herr Minister dadurch das Vertrauen der Medizinalbeamten gewonnen habe und sprach die Hoffnung aus, daß nunmehr in Zukunft ein enges und das preußische Gesundheitswesen förderndes Zusammenarbeiten des Ministers, der Medizinalabteilung des Ministeriums und des Preuß.

Medizinalbeamtenvereins die Regel sein werde, wie es durch die heutige Besprechung und Entsendung der Vertreter des Ministeriums zu unseren Verhandlungen eingeleitet sei. Die Unterredung verlief dann, unter der anerkennenswertesten und bereitwilligsten Unterstützung der beiden Herren der Medizinalabteilung, durchaus in den Bahnen unserer Entschließungen und der Vorstand gewann den Eindruck, daß er an dem Herrn Minister einen wohlwollenden Beurteiler seiner Bestrebungen und einen überzeugten Förderer des staatlichen Gesundheitswesens haben werde, der von der Notwendigkeit der staatlichen Stellung der Kreisärzte und der Mitarbeit des Preußischen Medizinalbeamtenvereins an den Fragen der öffentlichen Gesundheitspflege und Gesundheitsfürsorge fest überzeugt sei.

C. Vertreterversammlung.

Um 2 Uhr begrüßte der Herr Vorsitzende, Geheimrat Dr. Wodtke, den Vorstand und 38 Vertreter, die von den einzelnen Bezirksvereinen entsandt waren. Er begrüßte ferner den auch hier anfangs anwesenden Vertreter des Herrn Ministers, Herrn Geheimrat Prof. Dr. Dietrich, und berichtete über den Empfang des Vorstandes beim Herrn Minister, der dem Vorstand die Gewißheit weitgehenden Verständnisses für unsere Bestrebungen von seiten des Herrn Minister und die Hoffnung auf ein zukünftiges enges und aussichtsvolles Zusammenarbeiten zwischen Medizinalbeamtenverein und Medizinalabteilung des Ministeriums für Volkswohlfahrt gegeben habe.

Herr Geh. Rat Prof. Dr. Dietrich bestätigte die Worte des Vorsitzenden, entledigte sich seines schon in der Vorstandssitzung beratenen Auftrages der Teilnehmer am Fortbildungskurs und ersucht auch hier um Vorlage eines Entwurfes zu einer neuen Dienstanweisung und Gebührenordnung durch den Verein.

Es beginnt dann die Verhandlung über

I. Beratung des Entwurfes und endgültige Fassung der neuen Satzungen.

Zu einer lebhaften und längeren Aussprache gaben außer dem Wunsche nach einer genaueren Bestimmung der zur Mitgliedschaft Berechtigten in § 2 und des Modus der Aufnahme vor allem zwei Fragen Anlaß, einmal, ob man an dem im Entwurf vorgeschlagenen Aufbau des Vereins auf Bezirksvereinen festhalten soll und dann die Frage, ob auch nicht staatlich angestellte Medizinalbeamte ordentliche und stimmberechtigte Mitglieder sein könnten.

Beide Fragen werden bejaht. Der Gegenvorschlag, nur Provinzialvereine, namentlich in Rücksicht auf die Kostenersparnis zu bilden, wurde abgelehnt. Eine starke Gegnerschaft gegen den im Entwurf vorgesehenen allzu umfangreichen Vorstand von 16 Mitgliedern fand ihren Ausdruck in dem Beschluß, den Vorstend nur aus 5 Mitgliedern bestehen zu lassen, die vom Vertretertag in freier Wahl aus allen Mitgliedern des Vereins, nicht nur aus der Zahl der Vertreter, zu wählen sind.

Die Wünsche nach Gleichartigkeit der Mitglieder, die namentlich von den Vertretern der westlichen Industriebezirke ausgingen und ihren Grund in der Sorge vor einem allzu großen Einfluß der nicht staatlich angestellten Medizinalbeamten auf die amtlichen und wirtschaftlichen Fragen der Kreisärzte und Regierungs-Medizinalräte hatten, fand ihren Ausdruck in dem Zusatz zu § 18, daß über ihre beruflichen und wirtschaftlichen Fragen nur die im preußischen Staatsdienst stehenden Mitglieder beschließen und verhandeln.

Dem Bestreben nach Sparsamkeit wurde dann noch insofern nachgegeben, als man es in § 15 zuließ, daß jeder Bezirk auf nur einen Vertreter die ganze Anzahl seiner Stimmen vereinigen kann; und zur Entlastung der Bezirksvereine, namentlich der kleineren, nahm man ebenfalls in § 15 am Schluß die Bestimmung auf, daß die Kosten auch für die Vertreterversammlungen vom Landesverein getragen werden.

Im übrigen kam es noch zu einer größeren Anzahl geringfügiger, oft nur redaktioneller Veränderungen, die den eigentlichen Sinn der Bestimmungen nicht ändern.

Ein Antrag, dem Vertretertag, gleichsam einem Parlament das Recht zu erteilen, sich einen besonderen Vorsitzenden zu wählen, fand keine Annahme.

Im Anschluß an die Beratung stellte Herr Reg.- und Med.-Rat Dr. Hoche-Osnabrück den Antrag:

„Der Vertretertag beauftragt den Landesvorstand des Preußischen Medizinalbeamtenvereins mit dem Herrn Minister darüber zu verhandeln, daß der von dem Preußischen Medizinalbeamtenverein gewählte besondere Ausschuß als Beamtenausschuß im Sinne der Bestimmungen über Bildung und Aufgaben der Beamtenausschüsse vom 24. Mäzz 1919 anerkannt, und daß ihm die den Beamtenausschüssen zustehenden Rechte zugesprochen werden."

Der Antrag wurde angenommen.

Nachdem der Entwurf der Statuten darauf auch in II. Lesung mit den beschlossenen Aenderungen en bloc angenommen worden war, erfolgte

II. Wahl des Vorstandes auf Grund der neuen Statuten.

Es wurden gewählt:

zum Vorsitzenden: Med.-Rat Dr. Bundt-Halle;

zum Schriftführer: Kreisarzt Dr. Wollenweber-Dortmund;

zum stellvertr. Vorsitzenden: Med.-Rat Dr. Rogowski-Berlin-Nikolasee;

zu Beisitzern: Reg.- und Geh. Med.-Rat Dr. Solbrig-Breslau und Med.-Rat Dr. Franz-Loetzen.

In den auf Grund des Hocheschen Antrages gebildeten **Ausschuß** wurden gewählt die Herren: Med.-Rat Dr. Rogowski, Berlin-Nikolasee als Vorsitzender, Med.-Rat Dr. Bundt-Halle a. S., Kreisarzt Dr. Wollenweber-Dortmund, Kreisarzt Dr. Manthey-Belzig, Med.-Rat Dr. Sandhop-Stettin.

Sämtliche gewählten Mitglieder des Vorstandes und Ausschusses nehmen die Wahl an; H. Med.-Rat Dr. Bundt übernimmt nunmehr den Vorsitz.

III. Stellungnahme zur Kommunalisierung der Kreisärzte.

H. Kreisarzt Bröckerhof-Hagen weist auf ein schriftliches, von ihm ausgearbeitetes Referat hin, das allen Vertretern zugegangen ist.

Er wird gebeten, eine kurze Denkschrift über die Stellung und Tätigkeit der Kreisärzte und über die Gefahr der Kommunalisierung zu verfassen. Er verspricht dies, worauf die Abfassung der Denkschrift auf Antrag Wollenwebers zum Beschluß erhoben wird.

IV. Das Verhältnis des Preußischen Medizinalbeamtenvereins zum Bund höherer Beamter.

H. Med.-Rat Dr. Rogowski referiert in dem Sinne, daß er bei der im Flusse befindlichen Neuordnung des Reichsbundes höherer Beamter und dessen Gruppenbildung unseren sofortigen Eintritt in die Gruppe „Hoheit", d. h. Anschluß an den Berufsverein höherer Verwaltungsbeamter, empfiehlt, der uns Vertretung im Vorstand und die Bildung einer besonderen Untergruppe für uns zugesagt habe.

H. Geheimrat Dr. Rapmund warnt vor einer Uebereilung und meint, man solle nicht sofort dem Berufsverein höherer Verwaltungsbeamter beitreten, sondern erst in Verhandlungen eintreten und unsere Bedingungen für eine möglichst große Selbständigkeit stellen. Grimm und Rogowski halten im Hinblick auf die bevorstehenden Besoldungsverhandlungen und die Notwendigkeit sofortiger tatkräftiger Unterstützung unserer Forderungen durch eine größere Interessenvertretung einen sofortigen Beitritt für nötig. Es wird ein Antrag angenommen, nach dem Rogowski beauftragt wird, umgehend über unseren Beitritt mit dem Berufsverein höherer Verwaltungsbeamter zu verhandeln. Auf Grund der Verhandlungen soll der Vorstand alsdann die Entscheidung treffen.

V. Anregungen der Vertreter der Bezirksvereine.

Hierbei kommen mannigfache Wünsche und Beschwerden der einzelnen Bezirksvereine zum Ausdruck, die sich aber im allgemeinen durchaus mit den Anschauungen des Vorstandes und der Vertretung decken, wie sie schon in den vorangegangenen Sitzungen zu Gehör gebracht wurden.

Besondere Anträge wurden nicht gestellt.

Um 9 Uhr wird die Sitzung von dem neugewählten Vorsitzenden mit einem Dank für die eifrige und erfolgreiche Mitarbeit aller Vertreter und mit dem Ausdruck der Hoffnung auf einen guten Erfolg unserer Beratungen zum Nutzen unseres Vereins geschlossen.

Tagesnachrichten.

Von den **Verhandlungen des Preußischen Landtages über den Haushalt des Ministeriums für Volkswohlfahrt** liegt bis jetzt nur der Wortlaut der Programmrede des Herrn Ministers für Volkswohlfahrt Hirtsiefer vor, so daß über die Verhandlungen selbst noch nicht eingehend berichtet werden konnte. Wir bringen deshalb heute aus der Rede des Herrn Ministers nur die Ausführungen, die die **Stellung und Tätigkeit der Medizinalbeamten** betrifft. Der Herr Minister spricht sich in dieser Beziehung außerordentlich anerkennend aus und erklärt gleichzeitig, daß er entschlossen sei, die berechtigten Forderungen der Kreisärzte, die sie zur Wahrung ihres unbehinderten Wirkens in der Erfüllung der ihnen durch die Dienstanweisung übertragenen Aufgaben aufstellen, mit Nachdruck zu unterstützen:

„Die Bekämpfung der hauptsächlichsten Volkskrankheiten ist eine der wichtigsten staatlichen Aufgaben, die um so schwerer ist, als nach dem Ergebnis der namentlich in den letzten Jahren erweiterten und ausgebauten Berichterstattung der allgemeine Gesundheitszustand der Bevölkerung nicht als günstig angesehen werden kann. Manche Besserung ist zwar in den letzten beiden Jahren auf diesem Gebiet erzielt, der Ernährungszustand der Jugend hat sich etwas gehoben, einzelne vorher weit verbreitete Krankheiten zeigen einen kleinen Rückgang. aber noch immer sind überall tief wirkende Schäden der gesundheitlichen Konstitution unseres Volkskörpers wahrnehmbar, deren Folgen, wenn nicht zur rechten Zeit eingegriffen wird, allerdings erst in der Zukunft zur vollen Geltung kommen müssen. Auch die während des Krieges eingetretene starke Abnahme der alkoholischen Erkrankungen ist leider nicht mehr bemerkbar. Der Kampf gegen die Trunksucht und ihre weit reichenden Folgen muß deshalb mit aller Energie wieder aufgenommen werden. (Sehr richtig! im Zentrum.) Weiterhin verlangt die Bedrohung unseres Landes durch eingeschleppte, sonst artfremde Seuchen eine besondere Berücksichtigung. „Mit Ausnahme der verhältnismäßig kleinen Pockenepidemie des Winters 1917 und einer Steigerung der Erkrankungsfälle an Fleckfieber in der ersten Hälfte des Jahres 1919, die sich aber fast gänzlich auf rückströmende Heeresangehörige beschränkten, sind wir von den gefährlichen, jenseits unserer östlichen Grenzen stark verbreiteten Seuchen fast vollständig verschont geblieben. Das könnte zu falschen Deutungen führen, als ob die Gefahr überhaupt nicht so groß sei. Aber unsere Aufmerksamkeit darf gerade hier nicht erlahmen; denn kaum etwas ist verhängnisvoller als eine verbreitete, lebensgefährlich-akute Seuche. Wir wollen nicht übersehen, daß der mit dem Kriege allerdings nicht zusammenhängende Seuchenzug der Influenza 1918 in drei Monaten fast doppelt so viel Menschen dahinraffte, wie in drei Jahren die mit Recht so stark beachtete Uebersterblichkeit an Lungentuberkulose betrug. Und ein Typhusausbruch von nur einigen hundert Erkrankungsfällen führt nicht nur zu einem beklagenswerten und vermeidbaren Verlust von Menschenleben: der durch diesen Krankheitsausbruch herbeigeführte Kostenaufwand kann den Haushalt der betreffenden Gemeinde auf Jahre ruinieren. (Sehr richtig!) Wenn es gelungen ist, unsere für diese Aufgabe so ungünstig gewordenen Grenzen zu schützen und die weit ins Land hineingestreuten Funken vor dem Brande zum Erlöschen zu bringen, so mag eine glückliche Konjunktur einen gewissen Anteil haben; einen größeren Teil darf man sicher der gemeinsamen Arbeit der gesundheitlichen Behörden von Reich und Land zubilligen, die an Stelle der früheren Einrichtungen an allen gefährdeten Stellen den Grenzschutz wieder aufrichteten und die Gesundheit der Rückwanderer überwachten. Das Hauptverdienst jedoch gebührt den staatlichen Gesundheitsbeamten, den Kreisärzten, deren sachliche Schulung, deren stete Aufmerksamkeit, deren mühevolle Arbeit nie versagte im Kampf gegen die ersten kleinen Herde. (Sehr richtig! im Zentrum. — Widerspruch bei den Unabhängigen Sozialdemokraten und Kommunisten). Sie haben in **Erfüllung dieser Berufspflicht ihr Leben eingesetzt und mancher von ihnen es dieser Pflicht geopfert.**

Eine weitere Aufgabe des Ministers für Volkswohlfahrt ist die Ausbildung und Fortbildung des gesamten Heilpersonals. Eine Hauptstütze

der Arbeiten des Ministeriums sind die Kreisärzte. „Wenn ich ihrer hervorragenden Verdienste um die erfolgreiche Bekämpfung der Volksseuchen gedacht habe, so ist damit ihr Wirkungskreis keineswegs erschöpft. Ihre Mitarbeit in allen Zweigen der Gesundheitsfürsorge, der sogenannten sozialen Hygiene, hat sich, namentlich auf dem Lande und in den kleinen Städten, schon seit langem bewährt; zahlreiche Neuschöpfungen verdanken ihnen ihre Entstehung und werden von ihnen geleitet; eine Fülle praktischer tatkräftiger Arbeit ist hier geleistet, und die Neigung und Befähigung der Kreisärzte, dem Fortschritte auf diesem Gebiete zu folgen, ist anerkennenswert. Ihre führende Mitarbeit an der sozialen Hygiene ist in den meisten Orten auf dem Lande und in der Kleinstadt überhaupt kaum zu ersetzen. Vereinzelte Ausnahmen machen die Großstädte und größere, auch ländliche Industriemittelpunkte besonders des Westens, die sich für diese Aufgaben besondere Kräfte gesichert haben. Wenn hier zeitweise gewisse Gegensätzlichkeiten bestanden haben, so ersehe ich aus den Verhandlungen der Versammlungen von Medizinalbeamten und anderer Vereinigungen, daß auch hier sich zwischen den staatlichen und kommunalen Gesundheitsbeamten eine Verständigung über die Abgrenzung ihrer Wirkungsbereiche und über ihre Zusammenarbeit anzubahnen beginnt. Ich beabsichtige daher, um so mehr in diesem Punkte die Entwicklung abzuwarten, als ich entschlossen bin, die berechtigten Forderungen der Kreisärzte, die sie zur Wahrung ihres unbehinderten Wirkens in der Erfüllung der ihnen durch ihre Dienstanweisung übertragenen Aufgaben aufstellen, mit Nachdruck zu unterstützen. Ich weiß mich im übrigen in Uebereinstimmung mit den Ansichten des hohen Hauses, wenn ich die in verstärktem Maße eingeleitete Umwandlung der nicht vollbesoldeten Kreisarztstellen in vollbesoldete weiter fortsetze. Ich trete auch in dem weiteren Punkte den hier erhobenen Forderungen bei, daß schon die Ausbildung der Kreisärzte ihre Mitarbeit in der Gesundheitsfürsorge zu berücksichtigen hat. Die ergangene neue Prüfungsordnung verlangt für die Meldung zur Prüfung den Besuch einer der neugegründeten sozialhygienischen Akademien und bestimmt die soziale Hygiene als Prüfungsfach. Auch die Fortbildungskurse für Kreisärzte ziehen in größerem Umfange als bisher den praktischen Unterricht in der sozialen Hygiene ein."

„Seit der letzen Haushaltsberatung ist eine neue Gruppe von beamteten Aerzten eingetreten, die fünf Landesgewerbeärzte, für deren Anstellung in dankenswerter Weise bereits im Notetat die Mittel bewilligt sind. Im Einvernehmen mit dem Herrn Handelsminister wird eine genaue Dienstanweisung verordnet werden. Nach den Erfahrungen anderer Länder verspreche ich mir von den Beobachtungen dieser neuen Beamtengruppe Erfolge für die Vorbeugung gewerblicher Erkrankungen und darüber hinaus für die gesundheitliche Normierung der Berufsarbeit. Ich werde mich an die Abmachung halten, die Zahl dieser Stellen nicht zu vermehren, aber ich werde anderseits ihre Beobachtungen sorgfältig verfolgen, und sobald sie zu praktischen Folgerungen führen, diese Ergebnisse dazu ausnützen, um für die Ausführung die Kreisärzte namentlich in industriellen Bezirken mehr als es bisher möglich gewesen ist, zum beruflichen Gesundheitsdienst heranzuziehen."

Sobald der vollständige stenographische Bericht über die Verhandlungen vorliegt, wird ein eingehender Bericht darüber erfolgen.

Der **Preußische Landtag** hat in seiner Sitzung vom 7. d. M. die neuen **Ausführungsbestimmungen und die Novelle zum Beamtenbesoldungsgesetz** vom 17. Dezember 1920 nach den Beschlüssen des Vorstandes angenommen mit dem von diesem gestellten Antrag, das Staatsministerium zu ersuchen, den Teil 2 der Ausführungsanweisung des Finanzministeriums vom 21. Januar 1921 über die Versorgungsgebührnisse der Wartegeldempfänger, Ruhegehaltsempfänger und Hinterbliebenen dem Landtage zur Nachprüfung vorzulegen. Zugleich wurde einer Entschließung zugestimmt, wonach bei Verleihung von Aufrückungsstellen grundsätzlich das Dienstalter zugrunde zu legen sei.

Der Runderlaß über die **Festsetzung des Besoldungsdienstalters der preußischen Medizinalbeamten** vom 25. November d. Js. ist in der Beilage zur heutigen Nummer abgedruckt. In Ergänzung unserer in Nr. 23 hierzu gemachten Bemerkung heben wir heute noch hervor, daß unseres Erachtens nicht nur die Vorbereitungszeit zur kreisärztlichen Prüfung (1/2 Jahr) zu kurz bemessen ist und auf 1 Jahr verlängert werden sollte, sondern auch die Vorbereitungszeit bis zur Anstellung als Kreisarzt. Nach dem Erlaß sollen nur drei Jahre ärztliche Tätigkeit als Vorbereitungszeit zur kreisärztlichen Prüfung angerechnet werden; in dem Kreisarztgesetz (§ 2 Abs. 1 Ziffer 4) wird aber zur Anstellung als Kreisarzt gefordert: „Der Ablauf eines angemessenen Zeitraumes nach der Approbation als Arzt.“ Hierzu bestimmt dann die Dienstanweisung in § 3 Abs. 1 Ziffer 4, daß der künftige Kreisarzt fünf Jahre eine selbständige praktische Tätigkeit als Arzt ausgeübt haben soll. Danach würde also die auf das Dienstbesoldungsalter angerechnete Vorbereitungszeit nicht auf drei, sondern auf fünf Jahre zu bemessen sein. Der Vorstand des preußischen Medizinalbeamtenvereins ist in diesem Sinne bereits bei Gelegenheit des Vertretertages an zuständiger Stelle vorstellig geworden und hat eine entgegenkommende Antwort erhalten. Selbstverständlich würde dann die dreijährige Ausbildungszeit diesem Zeitraume beizumessen und nicht noch besonders zu berechnen sein.

Am 12. Dezember d. J. fand in Berlin im Preußischen Ministerium für Volkswohlfahrt die jährliche **amtliche Konferenz der preußischen Regierungs- und Medizinal-Räte** unter dem Vorsitz des Herrn Ministerialdirektors Prof. Dr. Gottstein statt. Die Hauptverhandlungsgegenstände waren:

1. Welche Vorschläge sind für die nach Erlaß eines Hebammengesetzes aufzustellenden Bestimmungen über die Beaufsichtigung der Hebammen zu machen?

2. Ueber Quäkerschulspeisungen und deren Fortführung durch die Gemeinden.

Zu beiden Gegenständen waren je 2 Berichterstatter bestimmt. Eine ausführliche Aussprache schloß sich an die Vorträge an. Zum ersten Thema ergab sich Uebereinstimmung darüber, daß die Beaufsichtigung der Hebammen auch weiterhin durch die Kreisärzte erfolgen müsse und daß unvermutete Revisionen der Hebammen, Nachprüfungen und Wiederholungslehrgänge erforderlich sind.

Zum zweiten Thema wurde die Fortführung der Kinderspeisungen, die in hocherziger Weise von den Quäkern in die Wege geleitet ist, aber demnächst von diesen in Deutschland aufgegeben wird, für erforderlich gehalten, da die gesundheitlichen Schädigungen unserer Jugend, wie sie durch die Hungerblockade und den Krieg hervorgerufen worden sind, so bald noch nicht behoben sein werden. Bei der Auswahl der zu speisenden Kinder, die von den Schulärzten nach gesundheitlichen Gesichtspunkten vorzunehmen ist, soll der Rohrersche Index nicht zur Anwendung kommen, weil er nach den gemachten Erfahrungen sich nicht immer als zutreffend erwiesen hat.

Aus dem Reichstage. Der Reichstag hat in seiner Sitzung vom 17. d. M. beschlossen, daß die **Wöchnerinnen** künftighin die Hälfte des Krankengeldes **als Wochenhilfe** und 4.50 Mark täglich als **Stillgeld** erhalten sollen. Außerdem ist die Einkommensgrenze für die Gewährung dieser Unterstützung auf 15 000 Mark erhöht.

Ferner ist im Reichstage ein von allen Parteien unterzeichneter Gesetzentwurf über **Versicherungspflicht, Versicherungsberechtigung und Grundlöhne in der Krankenversicherung** eingebracht, der die Einkommensgrenze sowohl für die Pflicht-, wie für die freiwillige Versicherung auf 40 000 M. erhöht. Der Entwurf sieht außerdem eine Steigerung der Höchstbeträge für den Grundlohn vor, wobei darauf hingewiesen wird, daß das bisher gewährte **Krankengeld** völlig unzureichend und dadurch die Aussicht auf Kranken-

heilung sehr ungünstig beeinflußt sei. Der gesetzliche Höchstbetrag soll von 24 auf 40 M. und der satzungsmäßig zulässige von 30 auf 80 M. hinaufgesetzt werden.

Der Haushalt des öffentlichen Gesundheitswesens in Bayern. Für das Jahr 1921/22 sind im Haushalt des Staatsministeriums des Innern unter der Ziffer „Gesundheitswesen" im ganzen 17081120 M. vorgesehen, darunter 6877770 M. für das Veteterinärwesen, so daß für das öffentliche Gesundheitswesen, soweit die Volksgesundheit in Frage kommt, 10203350 M. übrig bleiben, gegen 9215370 M. im Jahre 1920 (also + 987420 M.). Davon entfallen auf den Obermedizinalausschuß: 13940 (13940)[1]) M., auf die Medizinalkomitees bei den Universitäten: 6210 (6210) M., Kreismedizinalausschüsse: 7200 (7200) M. auf die Aerzte: 5229020 (4976640) M., hiervon kommen auf Besoldungen: 4741660 (4614280) M. Vorgesehen sind ferner für Dienstreisen: 150000 (150000) M., Geschäftsbedürfnisse: 70000 (70000) M., Förderung der fachlichen Ausbildung der Aerzte: 24000 (19000) M., für staatsärztliche Prüfung: 1500 (1500) M., für die Landesimpfanstalt: 217200 (165370) M., für die Nahrungsmitteluntersuchungsanstalten: 1159000 (1067610) M., für die bakteriologischen Untersuchungsanstalten: 1214800 (972880) M. und für Hebammen: 5800 M. Für Gesundheitspflege sind wie im Vorjahre 2 Millionen Mark eingestellt, (Säuglings- und Kleinkinderfürsorge: 700000 M., Krüppelfürsorge: 300000 M., Bekämpfung der Tuberkulose: 400000 M., Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten: 200000 M., gegen Alkoholismus 50000 M., Veröffentlichungen und sonstige Ausgaben, insbesondere zum Ausbau des Gesundheitswesens: 120000 M. (Münchener med. Wochenschrift; 1921, Nr. 99).

Aerzte als Gewerbeaufsichtsbeamte. In Sachsen sind unter dem 22. Oktober d. J. zwei Verordnungen über die Vorbildung, den Vorbereitungsdienst und den Befähigungsnachweis der Gewerbeaufsichtsbeamten bezw. die Beaufsichtigung der gewerblichen Betriebe durch besondere Aufsichtsbeamte erlassen. Danach können auch approbierte Aerzte als Gewerbereferendare zugelassen werden, die dann nach dreijährigem Vorbereitungsdienst eine Prüfung abzulegen haben und nach deren Bestehen zu Gewerbeassessoren ernannt werden. Das Arbeitsministerium kann sogar Aerzte im Falle besonderer Eignung ohne Vorbereitungsdienst und Prüfung in den Gewerbeaufsichtsdienst berufen. Nach den in Preußen für die Vorbildung des Gewerbeaufsichtsdienstes geltenden Vorschriften können übrigens ebenfalls Aerzte zu diesem zugelassen werden, es hat aber bisher noch keiner von dieser Berechtigung Gebrauch gemacht.

Die **Kinderhilfsmission der Religiösen Gesellschaft der Freunde (Quäker) von Amerika** beabsichtigt, sich am 1. Januar 1922 von der verantwortlichen Leitung der Kinderspeisungen zurückzuziehen, um in Rußland das Liebeswerk fortzusetzen. Die Fortführung des Kinderhilfswerks, die als notwendig erkannt ist, ist dem Deutschen Zentralausschuß für die Auslandshilfe E. V. als dem von der Reichsregierung den Quäkern hierfür benannten Organ übertragen worden. Dieser Zentralausschuß hat aus seiner Mitte und sonst hierbei interessierten Reichs- und Landesstellen, Vertretungen der Kommunen, Organisationen der freien Liebestätigkeit und Persönlichkeiten einen besonderen „Ausschuß für Kinderspeisungen" gebildet. Für die Umorganisation ist die Neubildung von Bezirksstellen zunächst ins Werk gesetzt. Als solche deutsche „Mittelstellen" sind folgende geplant bezw. schon geschaffen: Hamburg, Essen, Berlin, Breslau, ferner je eine in Sachsen, Thüringen, Bayern, Württemberg, Baden und Hessen. Bei der Schaffung dieser Mittelstellen waren zwei Gesichtspunkte maßgebend: größte Sparsamkeit hinsichtlich der Verwaltungskosten, organische Eingliederung des Kinderspeisungswerks in vorhandene deutsche Verwaltungs- und Wohlfahrtsstellen.

---

[1]) Die in Klammen beigefügten Ziffern bedeuten die betreffenden Ausgaben im Vorjahre.

Sprechsaal.

Anfrage des Kreisarztes Dr. W. in K: In welchen Bezirken müssen die zur Prüfung sich meldenden Fleischbeschauer ein kreisärztliches Gesundheitszeugnis beibringen?

Antwort: Kreisarzt Dr. Wolf in Kassel (Wilhelmshöher Allee Nr. 44) **fragt an**, ob und in welchen Bezirken die zur Prüfung sich meldenden Fleischbeschauer ein kreisärztliches Gesundheitszeugnis beibringen müssen. Da der Herausgeber darüber nicht genau unterrichtet ist, bittet er die Kollegen, in deren Bezirken dies der Fall ist, dem Fragesteller direkt Bescheid zu geben.

Anfrage des Kreisarztes Dr. L. in B.: „Sind die **Untersuchungen blinder oder taubstummer Kinder** zum Zwecke der Beschulung von den nicht vollbesoldeten Aerzten **kostenlos** auszuführen?"

Antwort: Ja. Siehe Ministerialerlaß vom 11. Mai 1919.

Berichtigung: Meine Ausführungen in Nr. 19 dieser Zeitschrift könnten vielleicht dahin aufgefaßt werden, als ob ich in Bezug auf die Desinfection einem sehr verwerflichen Nihilismus huldigte. In Rücksicht auf meine Person muß ich es aufrichtig bedauern, mich so mißverständlich ausgedrückt zu haben. Ich bin ein großer Anhänger der mechanischen Desinfection und hatte die Absicht, zu warnen nur vor einer Ueberschätzung der praktischen, chemischen Desinfektion. Mein Standpunkt in dieser Beziehung geht übrigens deutlich hervor aus 2 kleinen Arbeiten in Heft 9 der Zeitschrift „Desinfektion" und in Heft Nr. 12 der Erka. Beide Sachen sind lange vorher geschrieben.

Köslin, im Dezember 1921. Dr. Sarganek, Geh. Med.-Rat.

Berichtigung: Meine Ausführungen in Nr. 23, S. 585 können zu der irrigen Auffassung führen, daß der Stadtmedizinalrat Dr. Fischer in Essen nicht kreisärztlich geprüft sei. Tatsächlich ist er nicht nur staatsärztlich approbiert, sondern auch Kreisassistenzarzt gewesen.

Dr. Wollenweber-Dortmund.

Deutscher und Preussischer Medizinalbeamtenverein.

Die Mitglieder des Deutschen und Preußischen Medizinalbeamtenvereins werden gebeten, etwa bevorstehende **Wohnungsänderungen** umgehend der Geschäftsstelle der Zeitschrift — **Buchdruckerei von J. C. C. Bruns, Minden i. W.** — unter **genauer Angabe von Straße und Hausnummer** (in Großstädten auch von Postamt) mitzuteilen, da nur dann eine pünktliche Zustellung der Zeitschrift sicher gestellt ist.

Im übrigen wird bemerkt, daß die Zustellung der Zeitschrift auf Kosten des Vereins unentgeltlich erfolgt; es **also keiner Bestellung bei der Post bedarf**; sollte eine solche **etwa** schon bewirkt sein, so ist sie rückgängig zu machen.

Mitteilung.

Das für das **Personalverzeichnis der Medizinalbehörden und Medizinalbeamten in Preussen** (einschliesslich desjenigen des Deutschen Reiches) sowie für das Verzeichnis der preussischen Bezirks-Medizinalbeamtenvereine ist erst jetzt vollständig in meine Hände gelangt. Infolgedessen wird sich die Herstellung des Verzeichnisses noch etwas verzögern; die Drucklegung hat aber schon begonnen, so dass die Fertigstellung und Versendung bestimmt in der ersten Hälfte des Januar nächsten Jahres erfolgen wird. Vorbestellungen (zum Preise von 6 Mark) sind nicht an den Unterzeichneten, sondern an die Verlagsbuchhandlung (Fischers med. Buchhandlung in Berlin) zu richten.

Rapmund.

Verantwortlich für die Schriftleitung: Prof. Dr. Rapmund, Geh. Med.-Rat in Lippspringe.
Druck von J. C. C. Bruns, Minden i. W.

Anlage.

Mitglieder-Verzeichnis
des
Deutschen Medizinalbeamten-Vereins.[1])

oooooo

A. Preußen.

Provinz Ostpreußen und Memelland.

Dr. **Abramowski**, Kreisarzt in Königsberg (Pr.)
- **Berneick**, prakt. Arzt in Gilgenburg, staatsärztl. approb.
- **Börnstein**, Direktor des Medizinaluntersuchungsamtes in Gumbinnen.
- **Eberhardt**, Geh. Med.-Rat, Kreisarzt a. D. in Königsberg (Pr.)
- **Ehrhardt**, leit. Arzt der Heil- und Pflegeanstalt für Epileptische in Carlshof, Post Rastenburg (Ostpr.), staatsärztl. approb.
- **Engel**, Med.-Rat, Kreisarzt in Labiau.
- **Fast**, Kreisarzt in Lyck.
- **Fink**, wissenschaftlicher Hilfsarbeiter bei der Universitäts-Frauenklinik in Königsberg (Pr.), staatsärztl. approb.

* - **Forstreuter**, Geh. Med.-Rat, Kreisarzt und Vorsteher der Impfanstalt in Königsberg (Pr.)
- **Franz**, Med.-Rat, Kreisarzt in Lötzen.
- **Gallien**, Kreisarzt in Bischofsburg.
- **Gentzen**, Stadtschularzt in Königsberg (Pr.), staatsärztl. approb.
- **Gronemann**, Kreisarzt in Marggrabowa.
- **Haertel**, Kreisassistenzarzt in Prostken.
- **Holthausen**, Direktor der Prov.-Anstalt für Schwachsinnige in Rastenburg (Ostpr.), staatsärztl. approb.

* - **Holz**, Kreisarzt in Fischhausen.
- **Hoppe**, Kreisarzt in Preußisch-Eylau.
- **Hoppe**, Oberarzt an der Provinzial-Irrenanstalt in Allenstein.
- **Hurwitz**, prakt. Arzt in Memel, staatsärztl. approb.
- **Jankowski**, Stadtmedizinalrat in Königsberg (Pr.)
- **Janz**, Kreisarzt in Goldap.
- **Kalle**, Kreisarzt in Heinrichswalde.
- **Katluhn**, Kreisarzt in Insterburg.
- **Kauffmann**, Kreisarzt in Preußisch-Holland.
- **Kempa**, Hans, Kreisassistenzarzt beim Polizeipräsidium in Königsberg (Pr.)
- **Kirchbach**, Kreisarzt in Ragnit.
- **Klix**, Kreisarzt in Osterode (Ostpr.)
- **Knape**, Kreisarzt in Johannisburg (Ostpr.)
- **Kutscher**, Reg.- und Med.-Rat in Allenstein.
- **Lenz**, Kreisarzt in Bartenstein.
- **Mende**, Kreisarzt in Pillkallen.
- v. **Petrykowsky**, Reg.-Rat, Kreisarzt in Ortelsburg.

---

[1]) Abgeschlossen am 6. September 1921.
Nachträgliche Aenderungen sind, um Druckkosten zu sparen, nicht mehr vorgenommen, sondern nur die Namen der Teilnehmer an der Hauptversammlung mit einem Stern (*) versehen.

Dr. Pulewka, Kreisarzt in Heilsberg.
- Puppel, Kreisarzt in Neidenburg.
- Rehberg, Kreisarzt in Tilsit.
- Riedel, Kreisassistenzarzt, kommiss. Kreisarzt in Heiligenbeil.
- Rimeck, Med.-Rat, Kreisarzt in Mohrungen.
- Scheu, Kreisarzt in Heydekrug.
- Schilling, Kreisarzt in Sensburg.
- Schmidt, Kreisarzt in Angerburg.
- Schopols, Kreisassistenzarzt in Kaukehmen.
- Schrader, Kreisarzt in Gerdauen.
- Schroeder, Med.-Rat, Kreisarzt in Rastenburg.
- Schubert, Kreisarzt in Darkehmen.
- Schultz, Med.-Rat. Kreisarzt in Stallupönen.
- Schwer, Kreis- und Stadtarzt in Allenstein.
- Seyffahrt, Kreisarzt in Wehlau.
* - Selter, ordentl. Professor u. Direktor des Hygienischen Instituts in Königsberg (Pr.)
- Speiser, Kreisarzt und Hilfsarbeiter bei der Regierung in Königsberg (Pr.)
- Steiner, Reg.- und Med.-Rat in Königsberg (Pr.)
- Stoll, Kreisarzt a. D. in Gerdauen.
- Thorum, Schularzt in Königsberg.
- Wegener, Reg.- und Med.-Rat in Gumbinnen.
- Winter, Professor, Geh. Med.-Rat und Direktor der Universitäts-Frauenklinik in Königsberg (Pr.)

Provinz Westpreußen, Grenzbezirk Posen-Westpreußen und Freistaat Danzig.

Dr. Birnbacher, Med.-Rat, Kreisarzt in Danzig.
* - Bräuer, Kreis- und Stadtarzt in Schneidemühl.
- Böschen, Kreisarzt in Rosenberg.
- Dörschlag, Reg.- und Med.-Rat in Schneidemühl.
- Friedrich, Med.-Rat, Kreisarzt in Schlochau.
- Gäthgens, Kreisarzt in Marienwerder.
- Groß, Kreisarzt in Marienburg.
- Hasse, Geh. Med.-Rat, Kreisarzt in Flatow (Westpr.)
- van Huellen, Spezialarzt für Chirurgie in Thorn staatsärzt approb.
- Koschel, Med.-Rat, Kreisarzt in Schönlanke.
- Köstlin, Direktor der Prov.-Hebammenanstalt in Danzig-Langfuhr.
- Maaß, prakt. Arzt in Schneidemühl, staatsärztlich approb.
* - Mangelsdorf, Kreisarzt in Deutsch-Krone.
- Michaelsohn, Geh. Med.-Rat, Kreisarzt in Meseritz.
- Mohr, Kreisarzt in Fraustadt.
- Rosenbaum, Kreisarzt und Stabsarzt a. D. in Danzig.
- Simon, San.-Rat, prakt. Arzt in Jastrow, staatsärztl. approb.
- Steffenhagen, Reg.- und Med.-Rat in Marienwerder.
- Steger, Med.-Rat, Kreisarzt in Elbing.
* - Straube, Med.-Rat, Kreisarzt in Schwerin a. W.

Groß-Berlin.

Dr. Beninde, Geh. Med.-Rat, Ministerialrat und Direktor der Landesanstalt für Wasserhygiene in Berlin-Dahlem (Schmargendorf).
- Betzke, Kreisassistenzarzt beim Polizeipräsidium (Hohen-Schönhausen).
* - Bludau, Oberstabsarzt a. D., beauftragt mit der Leitung der Medizinalabteilung des Preuß. Statistischen Landesamtes in Berlin (SW. 68, Lindenstraße 28).
- Börschmann, Kreisarzt in Berlin (Charlottenburg).
* - Bürger, Privatdozent, Assistent am Institut für Staatsarzneikunde in Berlin, staatsärztlich approb.

Dr. **Dietrich**, Professor, Wirkl. Geh. Ober-Med.-Rat und Ministerialrat in der Abteilung für Volksgesundheit des Ministeriums für Volkswohlfahrt in Berlin (Steglitz).
- **Dyrenfurth**, Gerichtsarzt in Berlin.
- **Eschricht**, Med.-Rat, Kreisarzt a. D. in Lehnitz b. Berlin.
- **Feige**, Med.-Rat. Kreisarzt in Spandau.
- **Flügge**, Professor, Geh.-Med.-Rat in Berlin.

* - **Fränkel**, Paul, Professor, Privatdozent und Gerichtsarzt in Berlin (Charlottenburg).

* - **Frey**, Direktor im Reichsgesundheitsamt, Berlin-Zehlendorf.
- **Friedemann**, Julius, San.-Rat in Berlin-Schöneberg, staatsärztl. approb.
- **Gehrke**, Kreisarzt in Berlin.
- **Glaubitt**, Reg.- u. Med.-Rat in Berlin (Steglitz).
- **Gottstein**, Wirkl. Geh. Ob.-Med.-Rat und Ministerialdirektor der Abteilung für Volksgesundheit im Ministerium für Volkswohlfahrt in Berlin-Charlottenburg.
- **Grimm**, Kreisarzt in Berlin.

* - **Guttwein**, Kreisarzt des Kreisarztbezirks Teltow-Ost in Berlin.
- **Hamel**, Ministerialrat im Reichsministerium des Innern in Berlin-Charlottenburg.
- **Herrmann**, Med.-Rat, Kreisarzt in Berlin.
- **Hesse**, Paul, San.-Rat in Berlin.
- **Hoffmann**, Geh. Med.-Rat, Gerichtsarzt und dirig. Arzt des Untersuchungsgefängnisses in Berlin.
- **Hommerich**, Gerichtsarzt in Berlin-Lichterfelde.
- **Hüttig**, Oberstabsarzt a. D., Kreisarzt in Schöneberg.
- **Jacobson**, Geh. Med.-Rat, Kreisarzt a. D. in Charlottenburg.
- **Kasten**, Med.-Rat, Kreisarzt in Charlottenburg.
- **Keller**, San.-Rat, I. Arzt am Strafgefängnis Plötzensee bei Berlin, staatsärztl. approb.
- **Kirchner**, Professor, Wirkl. Geh. Ober-Med.-Rat und Minist.-Direktor a. D. in Berlin, **Ehrenmitglied**.
- **Knospe**, Kreisarzt in Berlin.
- **Köhler**, Geh. San.-Rat, Vertrauensarzt des Schiedsgerichts für Arbeiterversicherung in Berlin, staatsärztl. approb.
- **König**, Ministerialrat in der Abteilung des Ministeriums für Volkswohlfahrt in Berlin.
- **Krohne**, Geh. Ober-Med.-Rat, Ministerialrat in der Abteilung für Volksgesundheit des Ministeriums für Volkswohlfahrt in Berlin.
- **Kschicho**, Kreisarzt und ständiger Hilfsarbeiter beim Polizeipräsidium in Berlin-Schöneberg.
- **Kurtz**, Staabsarzt a. D., Anstaltsarzt der Anstalt Wuhlgarten in Biesdorf bei Berlin, staatsärztl. approb.
- **Lentz**, Professor, Geh. Ober-Med.-Rat, Ministerialrat in der Abteilung für Volksgesundheit des Ministeriums für Volkswohlfahrt in Berlin (Wilmersdorf).
- **Leopold**, prakt. Arzt in Berlin, staatsärztl. approb.
- **Leppmann**, Fr., San.-Rat, Nervenarzt und Strafanstaltsarzt in Berlin, staatsärztl. approb.
- **Lindemann**, Med.-Rat, Kreisarzt in Berlin.
- **Mann**, Kreisarzt in Berlin.
- **Merzbach**, belg. und italien. Konsulararzt in Berlin (Schöneberg), staatsärztl. approb.
- **Ocker**, Med.-Rat, Kreisarzt in Berlin-Steglitz.
- **Pflanz**, Kreisarzt in Berlin-Neukölln.
- **Pfleger**, Geh. Med.-Rat und Gerichtsarzt a. D. in Berlin.
- **Prawitz**, Geh. Med.-Rat, Kreisarzt a. D. in Berlin (Lichterfelde).
- **Richter**, Geh. Med.-Rat, Kreisarzt a. D. in Berlin.

* - **Rogowski**, Med.-Rat, Kreisarzt in Berlin (Nikolassee).

Dr. **Sander**, Geh. Med.-Rat in Berlin-Wilmersdorf.
- **Schlegtendal**, Geh. Med.-Rat, Reg.- und Med.-Rat beim Polizeipräsidium in Berlin.
- **Schreber**, Med.-Rat, Kreisarzt in Berlin.
- **Schroeder**, Geh. Med.-Rat, Kreisarzt a. D. in Charlottenburg.
- **Schulz**, Rudolf, Med.-Rat, Kreisarzt (für Niederbarnim) in Charlottenburg.
- **Selberg**, Direktor der chirurg. Abteilung des Auguste-Viktoria-Krankenhauses zum Roten Kreuz in Weißensee bei Berlin, staatsärztl. approb.
- **Störmer**. Med.-Rat, Gerichtsarzt in Berlin.

* - **Straßmann**, Geh. Med.-Rat, ord. Prof., Gerichtsarzt und Direktor des Instituts für Staatsarzneikunde in Berlin.

* - **Straßmann**, G., Assistent am Insitut für Staatsarzneikunde in Berlin, staatsärztl. approb.
- **Strauch**, Prof., Med.-Rat, Gerichtsarzt, Privatdozent für gerichtliche Medizin und Staatsarzneikunde in Berlin.
- **Stüler**, Geh. Med.-Rat, Kreisarzt a. D. in Berlin.
- **Thomalla**, Kreisarzt in Charlottenburg.
- **Trembur**, Kreisarzt in Berlin (Wilmersdorf).
- **Wagner**, Gustav, Geh. Med.-Rat, ständiger Hilfsarbeiter im Ministerium der öffentl. Arbeiten (Abt. für Eisenbahnen) in Berlin-Schöneberg, staatsärztl. approb.
- **Wasserfall**, Stabsarzt a D., Kreisassistenzarzt in Straußberg bei Berlin.
- **Weißenborn**, Geh. Med.-Rat, Kreisarzt a. D. in Berlin.
- **Weller**, Kreisarzt in Berlin (Pankow).
- **Zimdars**, Kreisarzt und Hilfsarbeiter beim Polizeipräsidium (Wohnsitz: Potsdam).

Provinz Brandenburg.

Dr. **Aust**, Med.-Rat, Kreisarzt in Nauen.
- **Barnick**, Geh. Med.-Rat, Reg.- und Med.-Rat a. D. in Frankfurt (Oder).
- **Bekker**, Med.-Rat, Kreisarzt in Freienwalde.
- **Braeutigam**, Geh. Med.-Rat, Kreisarzt in Königsberg (Neumark).
- **Dalichow**, prakt. Arzt in Fürtenwalde (Spree), staatsärztlich approb.
- **David**, Kreisarzt in Rathenow.
- **Dembowski**, Kreisarzt in Zielenzig.
- **Drosihn**, prakt. Arzt in Köpenick, staatsärztl. approb.
- **Friedrich**, Geh. Med.-Rat, Kreisarzt a. D. in Landsberg.
- **Geißeler**, Med.-Rat, Kreisarzt in Potsdam.
- **Goetze**, Kreisarzt in Spremberg.
- **Günther**, Med.-Rat, Kreisarzt in Krossen.
- **Hafemann**, Med.-Rat, Kreisarzt in Luckau (Lausitz).
- **Hechler**, Kreisarzt in Züllichau.
- **Heinze**, Kreisarzt in Angermünde.
- **Heynacher**, Geh. Med.-Rat, Kreisarzt a. D. in Potsdam.

* - **Hutt**, Kreisarzt in Perleberg.
- **Jungmann**, Geh. Med.-Rat, Kreisarzt in Guben.
- **Kiesow**, Kreisarzt in Kalau.
- **König**, Med.-Rat, Kreisarzt a. D, in Soldin.
- **Krahn**. San.-Rat in Landsberg (Warthe), staatsärztl approb.
- **Larass**. Kreisarzt in Jüterbog.
- **Lummerzheim**, San.-Rat in Forst (Lausitz), staatsärztl. appr.
- v. **Mach**, Med.-Rat, Kreisarzt in Guben.

* - **Mantey**, Kreisarzt in Belzig.
- **Meyer**, Med.-Rat, Kreisarzt in Templin.
- **Meyen**, Geh. Med.-Rat, Reg.- und Med.-Rat a. D. in Potsdam.
- **Müller**, Kreisarzt in Frankfurt (Oder).

Dr. Nickel, Geh. Med.-Rat, Kreisarzt a. D. in Perleberg.
- Nowack, Kreisarzt in Kottbus.
- Pieszczeck, Kreisarzt in Prenzlau.
- Rathmann, Reg.- und Med.-Rat in Potsdam.
- Rosenthal, prakt. Arzt in Tegel, staatsärztl. approb.
- Schirow, Kreisarzt in Reppen.
- Schmidt, Geh. Med.-Rat, Reg.- u. Med.-Rat in Frankfurt (Oder).
- Schneider, Med.-Rat, Kreisarzt in Brandenburg.
- Scholz, Oberstabsarzt a. D., Kreisarzt in Landsberg (Warthe).
- Schultz-Schulzenstein, Med.-Rat, Kreisarzt a. D. in Freienwalde (Oder).
- Seeger, Med.-Rat, Kreisarzt in Lübben.
- Steinberg, Med.-Rat, Kreisarzt in Friedeberg (Neumark).
- Stölting, Kreisarzt in Beeskow.
- Thilow, Kreisarzt in Soldin.
- Tietz, Kreisarzt in Neuruppin.
- Weßling, Kreisarzt in Sorau.
Wilhelm, Kreisarzt in Kyritz (Prignitz).

Provinz Pommern.

Dr. Arbeit, Med.-Rat, Kreisarzt a. D. in Stargard (Pomm.).
- Barten, Kreisassistenzarzt in Stralsund.
- Beintker, Kreisarzt in Dramburg.
- Boege, Kreisarzt in Ueckermünde.
- Bodenstein, Kreisarzt in Schlawe
- Bormann, Reg.- und Med.-Rat beim Versorgungsamt in Stolp staatsärztl. approb.
- v. Decker, Reg.- und Med.-Rat in Köslin.
- Dietrich, Geh. Med.-Rat, Kreisarzt in Demmin.
- Domanski, Kreisassistenzarzt und kommiss. Kreisarzt in Bublitz.
- Frank, Kreisarzt in Bergen (Rügen).
- Groß, Kreisarzt in Greifenberg.
- Howe, Kreisarzt in Neustettin.
- Hülsmeyer, Med.-Rat, Kreisarzt in Bütow.
- Jaenisch, Kreisarzt in Stralsund.
* - Klare, Kreisarzt in Swinemünde.
- Lewin, prakt. Arzt in Neustettin, staatsärztl. approb.
- Lüdicke, Nervenarzt und Assistent beim Medizinal-Untersuchungsamt in Stettin.
- Manke, Med.-Rat, Kreisarzt in Stolp.
- Margulies, Kreisarzt in Kolberg.
- Merklin, Geh. San.-Rat, Direktor der Prov.-Irrenanstalt in Treptow (Rega).
- Nippe, Professor der gerichtl. Medizin, Kreis- und Gerichtsarzt in Greifswald.
- Ohrloff, Med.-Rat, Kreisarzt in Anklam.
* - Palleske, Kreisarzt in Greifenhagen.
- Paulisch, Med.-Rat, Kreisarzt in Stettin.
- Peiper, Kreisarzt in Greifswald.
- Revenstorff, Kreisarzt in Rummelsburg (Pomm.).
* - Sandhop, Med.-Rat, Kreisarzt in Stettin.
- Sarganak, Geh. Med.-Rat, Kreisarzt in Köslin.
- Scheibe, Kreisarzt in Lauenburg (Pomm.).
- Schirmer, Kreisarzt in Naugard.
- Schlieben, Kreisarzt in Stargard.
- Schlüttor, Geh. Med.-Rat, Kreisarzt a. D, in Pyritz.
* - Schulz, Kreisarzt in Kammin.
- Seifert, Reg.- und Med.-Rat in Stettin.
- Stein, Kreisarzt in Grimmen.

Dr. Stumm, Reg.- und Geh. Med.-Rat. in Stralsund.
- Wanke, Med.-Rat, Kreisarzt in Belgard (Persante).
- Wankel, Direktor des Medizinal-Untersuchungsamtes und der Impfanstalt in Stettin.
- Witting, Med.-Rat, Kreisarzt a. D. in Klein-Machow (Kreis Lauenburg).
- Woda, Kreisarzt in Pyritz.

Provinz Schlesien.

Dr. Banik, Med.-Rat, Kreisarzt in Sagan.
- Bergmann, San.-Rat in Neumarkt (Schlesien), staatsärztl. appr.
- Boretius, Med.-Rat, Kreisarzt in Rybnik.
- Boss, San.-Rat, Kreiswundarzt a. D. in Falkenberg (Ober-Schlesien).
- Braunert, kommiss. Kreisarzt in Neurode.
- Brieger, Kreisarzt in Landeshut.
- Deckner, Kreisarzt in Neustadt (Ob.-Schlesien).
- Dietrich, Kreisarzt in Hoyerswerda.
- Dörschlag, Kreisarzt in Militsch.
- Duda, Med.-Rat, Kreisarzt in Habelschwerdt.
- Dybowski, Geh. Med.-Rat, Kreisarzt a. D. in Waldenburg (Schlesien).
- Ebner, Kreisarzt in Falkenberg (Ob.-Schlesien).
- Ernst, Kreisarzt in Namslau.
- Fenkner, Kreisarzt in Sprottau.
- * Fischer, Kreisassistenzarzt, kommiss. Gerichtsarzt in Breslau.
- Freitag, Kreisarzt in Wohlau.
- Fricke, Kreisarzt in Trebnitz.
- Furch, Med.-Rat, Kreisarzt a. D. in Groß-Wartenberg.
- Gebhardt, Geh. Med.-Rat, Kreisarzt a. D. in Lauban.
- v. Gizycki, Med.-Rat, Kreisarzt in Breslau.
- Göhlmann, Kreisarzt in Goldberg.
- Hartisch, Med.-Rat, Kreisarzt in Pleß.
- Hauschild, Geh. Med.-Rat, Kreisarzt in Breslau.
- Herford, Stadtarzt in Görlitz.
- Hirschfeld, Geh. Med.-Rat, Kreisarzt a. D. in Glogau.
- * Hübner, Kreisarzt in Waldenburg (Schlesien).
- Israel, Med.-Rat, Kreisarzt in Breslau.
- Jaeckel, Kreisarzt in Lauban.
- Jeske, Kreisassistenzarzt in Kattowitz (Ob.-Schles.).
- Kathe, Professor, Direktor des Med.-Untersuchungsamtes in Breslau.
- Keintoch, Kreisarzt in Leobschütz.
- Kerckhof, Kreisarzt in Bunzlau.
- Klewe, Kreisarzt in Ratibor.
- * Kley, Med.-Rat, Kreisarzt in Kreuzburg (Ob.-Schles.).
- Klimm, Kreisarzt in Neusalz a. O.
- Klingmüller, Med.-Rat, Kreisarzt in Strehlen (Schlesien).
- Krau, Geh. Med-Rat, Kreisarzt a. D. in Schweidnitz.
- Krause, Kreisarzt in Glogau.
- Kornalewski, Geh. Med.-Rat, Kreisarzt a. D. in Friedeberg a. Quais.
- Kühn, Med.-Rat, Kreisarzt a. D. in Ratibor.
- Kutzky, Kreisarzt in Brieg.
- Lachmann, Med.-Rat, Kreisarzt in Oels (Schlesien).
- Lange, Kreisarzt in Lüben.
- Lange, Kreisassistenzarzt und kommiss. Kreisarzt in Rosenberg (Schlesien).
- Langner, Kreisarzt in Beuthen (Ob.-Schlesien).
- v. Leliwa, Kreisarzt in Guhrau.
- Lehmann, Med.-Rat, Kreisarzt in Groß-Strehlitz.

Dr. Lemke, Reg.- und Med.-Rat in Oppeln.
- Leske, Med.-Rat, Kreisarzt in Liegnitz.
- Ludwig, Geh. Med.-Rat, Kreisarzt a. D. in Habelschwerdt.
- Mäder, Med.-Rat, Kreisarzt in Neumarkt (Schlesien).
- Marmetschke, prakt. Arzt in Breslau, staatsärztl. approb.
- Mennicke, Med.-Rat, Kreisarzt in Kattowitz.
- Mewius, Med.-Rat, Kreisarzt und Vorsteher der Impfanstalt in Oppeln.
- Meyer, Kreisarzt in Muskau.
- Meyer, Kreisarzt in Grünberg (Schlesien).
- Mühlenbach, Med.-Rat, Kreisarzt a. D. in Wohlau.
- Müller, Med.-Rat, Kreisarzt in Reichenbach (Schlesien).
- Münzberg, Kreisarzt in Wohlau.
- Nebler, Med.-Rat, Kreisarzt in Glatz.
- Neumann, Kreisarzt in Tarnowitz.
* - Oebbecke, Geh. San.-Rat, Stadtarzt in Breslau.
- Ohm, Kreisassistenzarzt in Oppeln.
- Peters, Kreisarzt in Löwenberg (Schlesien).
* - Puppe, Geh. Med.-Rat, ord. Prof. und Gerichtsarzt in Breslau.
- Pusch, Kreisarzt, ärztl. Hilfsarbeiter bei der Regierung in Breslau.
- Reimann, Geh. Med.-Rat, Kreisarzt a. D. in Breslau.
- Richter, Kreisarzt in Münsterberg.
- Rixen, Nervenarzt in Brieg.
- v. Rottkay, Kreisarzt in Grottkau.
- Saalmann, Viktor, Kreisarzt in Kosel.
- Salzwedel, Med.-Rat, Kreisarzt in Gleiwitz.
- Sauberzweig, Med.-Rat, Kreisarzt in Görlitz.
- Schilling, Med.-Rat, Kreisarzt a. D. in Schönau (Nied.-Schles.).
* - Schmidt, Med.-Rat, Kreisarzt in Schweidnitz.
- Scholtz, Med.-Rat, Kreisarzt in Hirschberg (Schlesien).
- Scholz, San.-Rat in Görlitz, staatsärztl. approb.
* - Schröder, Kreisarzt in Lublinitz (Ob.-Schlesien).
- Schulz, Friedrich, Gerichtsarzt in Gleiwitz.
* - Solbrig, Geh. Med.-Rat. Reg.- und Med.-Rat in Breslau.
- Sossinka, Spezialarzt für Nervenkrankheiten, erster Strafanstaltsarzt und Leiter der Irrenanstalt in Breslau.
- Tracinski, Geh. Med.-Rat, Kreisarzt in Hindenburg.
- Tröger, Med.-Rat, Kreisarzt für die Kreise Oels und Groß-Wartenberg in Oels.
- Wagner, Med.-Rat, Gerichtsarzt in Beuthen (Ob.-Schlesien).
- Wandel, Kreisarzt in Ohlau.
- Wende, prakt. Arzt in Kreuzberg (Ob.-Schlesien), staatsärztlich approb.
- Willimsky, Kreisarzt in Frankenstein.
- Willfuhr, Reg.- und Med.-Rat in Liegnitz.
- Winkelmann, Kreisarzt in Jauer.
- Wolff, Med.-Rat, Kreisarzt in Neiße.
- Wolffberg, Geh. Med.-Rat, Kreisarzt a. D. in Breslau.
- Wrobel, Stadtschularzt in Breslau.

Provinz Sachsen.

Dr. Birkholz, Med.-Rat, Kreisarzt in Naumburg (Saale).
- Brinn, Kreisarzt in Erfurt.
- Brummund, Med.-Rat, Kreis- und Stadtarzt in Magdeburg.
* - Bundt, Med.-Rat, Kreisarzt (Stadtkreis) und Vorsteher der Impfanstalt in Halle a. S.
- Burmeister, Kreisarzt in Wanzleben.
- Busch, Kreisarzt in Torgau.
- Clauß, Reg.- und Med.-Rat in Erfurt.
* - Curtius, Med.-Rat, Kreisarzt in Stendal.
- Doepner, Kreisarzt in Bitterfeld.

Dr. Dembczack, Geh. Med.-Rat, Kreisarzt a. D. in Magdeburg.
- Ehlers, Kreisarzt in Genthin.
- Ehlers, Kreisarzt in Langensalza.
- Eilers, Geh. Med.-Rat und Kreisarzt a. D. in Schleusingen.
- Fielitz, Geh. Med.-Rat. Kreisarzt a. D. in Halle a. S. (Ehrenmitglied).
- Fischer, Kreisarzt in Genthin.
- Geißler, Kreisarzt in Herzberg (Elster).
- Grape, Kreisarzt in Salzwedel.
- Gürich, prakt. Arzt in Schraplau (Mansfelder Seekreis), staatsärztlich approb.
- Hallwachs, Kreisarzt in Wittenberg.
* - Heimbucher, Kreisarzt in Liebenwerda.
- Herms, Geh. Med.-Rat, Kreisarzt in Burg (Reg.-Bez. Magdeburg).
- Hermann, Geh. Med.-Rat, Reg.- u. Med.-Rat a. D. in Merseburg.
- Hillenberg, Kreisarzt in Halle a. S.
- Holthoff, Med.-Rat, Kreisarzt a. D. in Salzwedel.
- Ickert, Kreisarzt in Mansfeld.
- v. Ingersleben, Med.-Rat, Kreis- u. Stadtarzt in Quedlinburg.
- Janke, Kreisarzt in Oschersleben.
* - Jorns, Kreisarzt in Nordhausen.
- Kalkoff, Geh. Med.-Rat, Kreisarzt a. D, in Kölleda.
- Keferstein, Kreisarzt, Gerichtsarzt in Magdeburg-Sudenburg.
- Kirsche, Stadtarzt in Naumburg.
* - Kluge, Med.-Rat, Kreisarzt in Wolmirstedt.
- Krämer, Kreisarzt in Kalbe (Saale).
- Krimke, Med.-Rat, Kreisarzt in Wernigerode.
* - Kühnlein, Kreisarzt und ständiger Hilfsarbeiter bei der Regierung in Merseburg.
- Kunze, prakt. Arzt in Naumburg, staatsärztl. approb.
- Laschke, Med.-Rat, Kreisarzt in Delitzsch.
* - Lewinsky, Kreisarzt in Zeitz.
- Lorenz, Reg.- und Med.-Rat in Merseburg.
- Meier, Georg, Vorsteher des bakteriologischen Untersuchungsamtes in Halle a. S.
- Moritz, Geh. Med.-Rat, Kreisarzt a. D. in Halberstadt.
- Müller, prakt. Arzt in Schleusingen, staatsärztl. approb.
- Neubelt, Kreisarzt in Eisleben.
- Opitz, Kreis- und Stadtarzt in Halberstadt.
- Ostermann, Reg.- und Med.-Rat in Magdeburg.
* - Pantzer, Med.-Rat, Kreisarzt in Sangerhausen.
- Plange, Geh. Med.-Rat, Kreisarzt a. D. in Stendal.
- Poddey, Med.-Rat, Kreisarzt in Erfurt.
- Rautenberg, Med.-Rat, Vorsteher der bakteriologischen Untersuchungsanstalt in Erfurt.
- Räuber, Geh.- Med.-Rat, Reg.- und Med.-Rat a. D. in Erfurt.
* - Rapmund, Kreisarzt in Querfurt.
- Sage, Kreisarzt in Osterburg.
- Schade, Med.-Rat, Kreisarzt in Neuhaldensleben.
* - Schafft, Kreisarzt in Heiligenstadt.
- Schulz, o. Professor, Gerichtsarzt und Direktor des gerichtl. medizin. Instituts, Mitglied des Prov. Med.-Kollegiums in Halle a. S.
- Schulz, Kreisarzt in Worbis.
- Scultetus, Kreisarzt in Ranis (Kr. Ziegenrück).
- Söhle, Kreisarzt in Mühlhausen (Thür.).
- Stahn, Generaloberarzt, Kreisarzt in Weißenfels.
- Thomas, Direktor des Med.-Untersuchungsamtes in Magdeburg.
- Ulrich, prakt. Arzt in Erfurt, staatsärztl. approb.
- Vial, Kreisarzt in Gardelegen.

Provinz Schleswig-Holstein.

Dr. Bertheau, Geh. Med.-Rat, Reg.- und Med.-Rat a. D. in Schleswig.
- Beyreis, Kreisassistenzarzt in Kiel.
- Bockendahl, Geh. Med.-Rat, Kreisarzt a. D. in Kiel.
- Cimbal, leit. Arzt der Abteilung für Geisteskranke am städt. Krankenhause in Altona (Elbe), staatsärztl. approb.
- Deneoke, Geh. Med.-Rat, Reg.- und Med.-Rat a. D. in Kiel.
- Dose, Stadtassistenzarzt in Altona-Ottensen.
* - Ekke, Kreisarzt in Rendsburg.
- Engelsmann, Kreisarzt in Kiel.
* - v. Fischer-Benzon, Geh. Med.-Rat, Kreisarzt in Flensburg.
- Goos, Kreisarzt in Segeberg.
- Hansen, Geh. Med.-Rat, Kreisarzt a. D. in Hadersleben.
- Hunnius, Geh. Med.-Rat, Kreisarzt a. D. in Wandsbeck.
- Kißkalt, Professor und Direktor des hygienischen Universitäts-Instituts in Kiel.
- Knuth, Med.-Rat, Kreisarzt a. D. in Flensburg.
- Kracht, Kreisarzt in Itzehoe.
- Krickau, San.-Rat, Kreisarzt in Neumünster.
- Lewerenz, Kreisarzt in Schleswig.
- Messer, prakt. Arzt in Neumünster, staatsärztl. approb.
- Neidhardt, Med.-Rat, Gerichtsarzt in Altona-Ottensen.
- Reischauer, Kreisarzt in Pinneberg.
* - Rohwedder, Med.-Rat, Kreisarzt in Ratzeburg.
- Rudolphy, Kreisarzt in Plön.
- Schackwitz, 1. Assistent am Institut für gerichtliche Medizin in Kiel, staatsärztl. approb.
* - Schröder, Med.-Rat, Stadt- und Kreisarzt in Altona (Elbe).
- Schüler, Med.-Rat, Kreisarzt in Wandsbeck.
- Schütt, Med.-Rat, Kreisarzt in Eckernförde.
- Simon, Kreisarzt in Neustadt (Holstein).
* - Speckmann, Kreisarzt in Husum.
- Vellguth, Kreisarzt in Meldorf.
* - Ziemke, ord. Professor, Gerichtsarzt und Direktor des gerichtl.-medizinischen Instituts in Kiel.
- Zillessen, Reg.- und Med.-Rat in Schleswig.

Provinz Hannover.

Dr. Arbeit, Geh. Med.-Rat, Reg.- und Med.-Rat a. D. in Hildesheim.
- Arlart, Kreisarzt in Stolzenau.
- Beck, M., Prof., Geh. Reg.-Rat, Direktor des Med.-Untersuchungsamtes in Stade.
- Bitter, Med.-Rat, Stadtarzt in Osnabrück.
- Boecker, Kreisassistenzarzt und Kreiskommunalarzt in Bersenbrück.
- Böhnke, Kreisarzt in Springe.
- Brandt, Med.-Rat, Gerichtsarzt in Hannover.
- Bräuler, Kreisarzt in Soltau.
- Brückmann, prakt. Arzt in Goslar, staatsärztl. approb.
- Bünting, Med.-Rat, Kreisarzt in Osterode (Harz).
- Dohrn, Kreisarzt in Hannover.
- Dreves, Med.-Rat, Kreisarzt in Hannover-Linden.
- Elten, Geh. Med.-Rat, Kreisarzt in Freiburg (Elbe).
- Gerlach, Kreisarzt in Osnabrück.
- Guertler, Geh. Med.-Rat, Reg.- und Med.-Rat a. D. in Hannover.
- Güth, Kreisassistenzarzt in Burgdorf.
- Guttmann, Kreisarzt in Stade.
- Haak, Med.-Rat, Kreisarzt in Lüneburg.
- Hapke, Kreisarzt in Zeven.

Dr. Heilmann, Geh. Med.-Rat, Kreisarzt a. D. in Melle.
- Helwes, Med.-Rat, Kreisarzt in Diepholz.
- Hoche, Reg.- und Med.-Rat in Osnabrück.
- Hopmann, Med.-Rat, Kreisarzt in Lüchow.
- Janssen, Reg.- uud Med.-Rat in Stade.
- Itzerott, Med.-Rat, Kreisarzt a. D. in Uelzen.
- Kahle, Kreisarzt in Gifhorn.
- Kanzler, Geh. San.-Rat und Badearzt in Bad Rothenfelde (Teutoburger Wald), staatsärztlich approb.
- Kirstein, Prof., Direktor des Medizinal-Untersuchungsamtes und der Impfanstalt in Hannover.
- Kownatzki, Kreisarzt in Bassum.
- Kramer, Kreisarzt in Wilhelmshaven.
- Kuhlemann, San.-Rat in Uslar, staatsärztl. approb.
- Kuschel, Kreisarzt in Aurich.
- Langerhans, Geh. Med.-Rat, Kreisarzt a. D. in Celle.
- Lebram, Kreisarzt in Dannenberg (Elbe).
- Lembke, Reg.- und Med.-Rat in Hildesheim.
- Lindemann, prakt. Arzt in Hildesheim, staatsärztl. approb.
* - Lochte, Med.-Rat, ord. Professor, Direktor des gerichtl.-med. Instituts in Göttingen.
- Lücke, Kreisarzt in Alfeld (Leine).
- Mansholt, Med.-Rat, Kreisarzt in Leer (Ostfriesl.).
* - Menke, Kreisarzt in Lehe.
- Meyer, Geh. Med.-Rat, Kreisarzt in Göttingen.
- Meyer, Wilhelm, Kreisarzt in Hameln.
- Möbius, Kreisarzt in Ilfeld-Wiegersdorf.
- Möller, Kreisarzt in Peine.
- Müller, Med.-Rat, Kreisarzt in Geestemünde.
- Müller, prakt. Arzt in Groß-Rhüden, staatsärztl. approb.
- Niewerth, Kreisarzt in Hildesheim.
- Nieper, Geh. Med.-Rat, Kreisarzt a. D. in Goslar.
- Petermöller, Geh. Med.-Rat, Kreisarzt a. D. in Meppen.
- Pfeffer, Kreisarzt in Einbeck.
- Picht, Geh. Med.-Rat, Kreisarzt a. D. in Nienburg (Weser).
- Plinke, Med.-Rat, Kreisarzt in Hannover.
- Proelß, Kreisarzt in Bremervörde.
- Quentin, Med.-Rat, Kreisarzt in Benthin.
- Reinhold, Prof., Geh. Med.-Rat und Mitglied des Prov.-Med.-Kollegiums in Hannover.
- Ressel, Kreisarzt in Rotenburg (Hann.).
- Riehn, Geh. Med.-Rat, Kreisarzt a. D. in Klausthal (Harz).
- Ritter, Kreisarzt in Northeim.
- Roehrich, Kreisarzt in Duderstadt (Eichsf.).
- Roos, Kreisarzt in Goslar.
* - Rosenthal, Prof. Kreisassistenzarzt in Göttingen.
- Schablowski, Kreisarzt in Harburg (Elbe).
* - Schultze, Geh. Med.-Rat, Prof., Direktor der psychiatrischen Universitätsklinik und Direktor der Prov.-Heil- und Pflege-Anstalt in Göttingen, komm. Mitglied des Prov.-Medizinal-Kollegiums der Provinz Hannover.
- Schulz, Marineoberstabsarzt a. D. in Wilhelmshaven.
- Schwabe, Reg.- und Med.-Rat in Hannover.
- Sieber, Kreisarzt in Lingen.
- Sorge, Kreisarzt in Lüchow.
* - Stackemann, Kreisarzt in Walsrode.
- Strangmeyer, Med.-Rat, Kreisarzt in Quakenbrück.
* - Symanski, Kreisarzt in Hildesheim.
- Tholen, Geh. Med.-Rat, Kreisarzt a. D. in Papenburg (Ems).
- Tinschert, Kreisarzt in Blumenthal.

Dr. Weithoener, Kreisarzt in Buer (Kreis Melle).
- Widmann, Kreisarzt in Aschendorf.
- Wiechers, San.-Rat, Kreisphysikus a. D. in Gronau (Hann.).
- Willms, prakt. Art in Kirchweyhe, staatsärztl. approb.
- Winter, Med.-Rat, Kreisarzt in Norden.
- Wolff, Reg.- und Med.-Rat in Lüneburg.
- Zibell, Kreisarzt in Emden (Ostfriesl.).
- Zimmermann, Kreisarzt in Verden a. d. Aller.

Provinz Westfalen.

Dr. Althoff, Kreisarzt in Warendorf.
* - Angenete, Kreisarzt in Herford.
- Bachmann, Med.-Rat, Kreisarzt a. D. in Hamm.
- Bahrs, Med.-Rat, Kreisarzt in Lüdinghausen.
* - Besserer, Prof., Direktor des Med.-Untersuchungsamtes in Münster i. W.
- Bliesener, Med.-Rat, Kreisarzt in Bochum.
* - Boegershausen, Kreisarzt in Arnsberg.
- Brandis, Kreisassistenzarzt a. D. und Kreiskommunalarzt in Bielefeld.
- Broeckerhoff, Kreisarzt in Hagen (Westf.).
- Bruns, Prof. und Direktor des Instituts für Hygiene und Bakteriologie in Gelsenkirchen.
- Deutsch, Amtsarzt in Eickel-Wanne, staatsärztl. approb.
- Dieminger, prakt. Arzt in Merklinde (Kr. Dortmund), staatsärztlich approbiert.
- Diering, Kreisassistenzarzt in Bielefeld.
- Dörrenberg, Geh. Med.-Rat, Kreisarzt in Soest.
- Dorner, Kreiskommunalarzt in Dorsten.
- Engels, Reg.- und Med.-Rat in Münster (Westf.).
* - v. Fewson, Kreisarzt in Buer (Westf.).
- Friedel, Kreisarzt in Schwelm.
* - Fromme, Prof., Kreis- und Stadtarzt in Witten a. Ruhr.
- Gerlach, Geh. Med.-Rat in Münster (Westf.).
- Graeve, Geh. Med-Rat, Kreisarzt a. D. in Hagen (Westf.).
- Graeve, Kreiskommunalarzt in Iserlohn, staatsarztl. approb.
- Guder, Geh. Med.-Rat, Kreisarzt a. D. in Laasphe.
- Gundlach, Kreisarzt in Bielefeld.
- Hagemeier, Kreisarzt in Lippstadt.
- Heising, Med.-Rat, Kreisarzt a. D. in Borken (Westf.).
- Hensgen, Geh. Med.-Rat, Kreisarzt a. D. in Siegen.
- Heyne, Med.-Rat, Kreisarzt in Beckum.
- Hillebrecht, Geh. San.-Rat, Kreiswundarzt a. D. in Vlotho (Westfalen).
- Isfort, Kreisarzt in Burgsteinfurt.
- Kasemeyer, Geh. Med.-Rat, Kreisarzt a. D. in Burgsteinfurt.
- Kersten, Med.-Rat, Regierungsarzt a. D., beauftragt mit der Wahrnehmung einer Assistentenstelle beim Medizinal-Untersuchungsamt in Münster (Westf.).
- Kluge, Geh. Med.-Rat, Kreisarzt a. D. in Höxter.
- Kösler, Kreisarzt in Meschede.
- Köttgen, Med.-Rat, Kreis- und Stadtarzt in Dortmund.
- Krummacher, Geh. Med.-Rat, Reg.- und Med.-Rat a. D. in Münster (Westf.).
- Liedtke, Kreisarzt u. ständiger Hilfsarbeiter bei der Regierung in Arnsberg.
- Löer, Med.-Rat, Kreisarzt in Paderborn.
- Lüttig, Med.-Rat, Kreisarzt a. D. in Brilon.
- Mann, San.-Rat, Direktor der Prov.-Hebammenlehranstalt in Paderborn.
- Marcks, Kreisarzt in Gladbeck.

Dr. Mertens, Oberarzt an der Prov.-Heil- und Pflegeanstalt in Lengerich (Westf.), staatsärztl. approb.
- Meyer, Kreisarzt in Warburg.
- Mohrmann, Reg.- und Med.-Rat in Arnsberg.
- Nauck, Geh. Med.-Rat, Kreisarzt in Hattingen (Ruhr).
- Neuling, Kreisarzt in Gütersloh.
- Plenske, Kreisassistenzarzt in Dortmund (Land).
- Polten, Med.-Rat, Kreisarzt in Hörde.
- Prenzel, Stadtassistenzarzt in Dortmund.
- Quadflieg, kommiss. Kreisarzt in Hamm.
* - Rapmund, Prof., Geh. Med.-Rat, Reg.- und Med.-Rat a. D, in Bad Lippspringe, Ehrenvorsitzender.
- Rathe, Kreisarzt in Höxter,
- v. Recklinghausen, Med.-Rat, Kreisarzt in Tecklenburg.
- Ritter, Reg.. und Med.-Rat in Minden (Westf.).
- Sährendt, Med.-Rat, Kreisarzt in Gelsenkirchen.
- Schäffer, prakt. Arzt in Altena (Westf.), staatsärztl. approb.
- Schlautmann, Med-Rat, Kreisarzt in Münster (Westf.).
- Schlüter, Geh. Med.-Rat, Kreisarzt a. D. in Gütersloh.
- Scholand, Kreisarzt in Olpe.
- Seitz, Kreisarzt in Lübbecke.
- Spancken, Geh. Med.-Rat, Kreisarzt a. D. in Meschede.
- Sudhölter, Geh. Med.-Rat, Kreisarzt in Minden (Westf.).
- Süßmannn, Kreisarzt in Siegen.
- Többen, leit. Arzt der Irrenabteilung der Strafanstalt in Münster (Westf.).
- Walther, prakt. Arzt in Ibbenbüren, staatsärztl. approb.
- Weber, Kreisarzt in Altena (Westf.).
- Weinberg, Kreisasstistenzart in Bochum.
- Weise, Kreisarzt in Iserlohn.
* - Wendenburg, Stadtmedizinalrat in Bochum.
- Wern, Kreisarzt in Büren (Westf.).
* - Wollenweber, Kreisarzt in Dortmund (Land).
- Wolters, Med.-Rat, Kreisarzt in Koesfeld.

Provinz Hessen-Nassau.

Dr. Ammenhäuser, Kreisassistenzarzt und kommiss. Kreisarzt in Westerburg. [1])
- Ascher, Kreisarzt in Frankfurt (Main).
- Bellinger, Kreizarzt in Usingen.
* - Börner, Med.-Rat, Oberstabsarzt a. D., Kreisarzt in Eschwege.
- Cauer, Med.-Rat, Kreisarzt in Schlüchtern.
- Dreising, Med.-Rat, Kreisarzt a. D. in Kassel.
- Ebert, Kreisarzt und Kreiskommunalarzt in Ziegenhain.
* - Ewers, Med.-Rat, Kreisarzt in Hersfeld.
- Floeck, Med.-Rat, Kreisarzt in Montabaur.
- Frank, Geh. Med.-Rat, Prof., Leiter des Mainwasser-Untersuchungsamts in Wiesbaden.
- Grau, Med.-Rat, Kreisarzt in Gelnhausen.
- Hallenberger, Regierungsarzt a. D. Kreisazzt in Höchst.
- Hans, Hospitalarzt in Limburg (Lahn), staatsärztl. approb.
- Heinemann, Geh. Med.-Rat, Kreisarzt a. D. und Stadtarzt in Kassel.
- Hildebrand, Geh. Med.-Rat, ord. Professor, Direktor des gerichtl.-mediz. Instituts und Kreisarzt in Marburg a. Lahn.
- Jürgens, kommiss. Kreisarzt in Marienberg (Westerwald).
* - Kahl, Kreisarzt in Melsungen.
- König, San.-Rat, Oberstadtarzt in Frankfurt (Main).
- Kranepuhl, Kreisarzt in Rinteln.
- Krüger, Kreisarzt a. D. in Kassel.

[1]) Inzwischen verstorben.

Dr. Kypke-Burchardi, Kreisarzt in Rüdesheim (Rhein).
- Lipp, Kreisarzt in Dillenburg.
* - Lorentzen, Kreisarzt in Langenschwalbach.
- Mahler, Kreisarzt in Biedenkopf.
- v. Mahrenholz, Freiherr, Kreisarzt in Gelnhausen.
- Malcus, Kreisarzt in Hofgeismar.
- Marx, Geh. Med.-Rat, Kreisarzt a. D. in Fulda.
- Matzdorff, Med.-Rat, Kreisarzt und Kreiskommunalarzt in Schmalkalden.
- Meder, Kreisarzt und Vorsteher der Impfanstalt in Kassel.
* - Merkel, Kreisassistenzarzt und kommiss. Kreisarzt in Witzenhausen.
- Pachnio, Kreisarzt in Homburg v. d. H.
* - Petschull, Med.-Rat, Kreisarzt in Diez.
- Pilf, Kreisarzt (des Stadtkreises) in Wiesbaden.
- Prigge, Kreisarzt (des Landkreises) in Wiesbaden.
* - Rockwitz, Geh. Med.-Rat, Reg.- und Med.-Rat in Kassel.
* - Roselieb, Med.-Rat, Kreisarzt in Wolfhagen (Reg.-Bez. Kassel).
- Roth, Med.-Rat, Gerichtsarzt in Frankfurt (Main).
* - Schaus, Geh. Med.-Rat, Kreisarzt in Weilburg.
- Schneider, Geh. Med.-Rat, Reg.- und Med.-Rat in Wiesbaden.
* - Schopohl, Kreisarzt in Fulda.
- Schulze, Kreisarzt in Hanau.
- Schurian, Kreisassistenzarzt in Kassel.
- Spiecker, Kreisarzt in Fritzlar.
- Stamm, Kreisassistenzarzt, kommiss. Kreisarzt und Kreiskommunalarzt in St. Goarshausen.
* - Tenbaum, Kreisarzt in Limburg (Lahn).
- Tuczek, Prof., Geh. Med.-Rat, Marburg (Lahn), Mitglied des Med.-Prov.-Koll.
- Vahle, Kreisarzt in Frankenberg (Reg.-Bez. Kassel).
- Wagner, Med.-Rat, Kreisarzt in Kassel.
- Werner, Med.-Rat, Kreisarzt in Frankfurt (Main).
- Wolf, Kreisarzt in Kassel (Landkreis).

Rheinprovinz und Hohenzollern.

- Aschaffenburg, ord. Prof. der Psychiatrie in Cöln-Lindenthal.
* - Bachem, Med.-Rat, Kreisarzt in Euskirchen.
- Basten, Josef, Kreisarzt in Bonn.
- Beckert, Stadtarzt in Essen.
- Berg, Med.-Rat, Gerichtsarzt in Düsseldorf.
- Berger, Reg.- und Med.-Rat in Düsseldorf.
* - Bethge, Kreisarzt in Düsseldorf.
- Boehm, Oberstabsarzt a. D., Kreisarzt in Remscheid.
- Bornträger, Geh. Med.-Rat, Reg.- u. Med.-Rat a. D. in Düsseldorf.
* - Braun, Med.-Rat, Kreisarzt in Wetzlar.
- Burkarth, Med.-Rat, Oberamtsarzt in Gammertingen (Hohenzollern),
- Clauditz, Stadtmedizinalrat und Beigeordneter in Aachen.
* - Cluß, Oberamtsarzt in Hechingen.
* - Dahm, Stadtarzt in Koblenz.
- Dennemarck, Kreisassistenzarzt in Sigmaringen.
- Doellner, Reg.- und Med.-Rat in Köln a. Rhein.
- Dorsch, Gerichtsarzt in Essen (Ruhr).
- Eickhoff, Geh. Med.-Rat, Kreisarzt a. D. in Siegburg.
- Fischer, Stadtarzt in Essen (Ruhr).
- Fricke, Kreisarzt in Simmern.
- Fürth, Kreisarzt für den Stadtkreis und Direktor des Medizinal-Untersuchungsamts in Düsseldorf.
* - Gasters, Med.-Rat, Kreis- u. Stadtarzt in Mülheim (Ruhr).
- Griesenbeck, Kreisarzt in Beurig (Kreis Saarburg).

Dr. **Grisar**, Geh. Med.-Rat, Reg. u. Med.-Rat a. D. in Coblenz.
- **Hagemann**, Med.-Rat, Kreisarzt in Essen (Ruhr)-Rüttenscheid.
- **Heinecke**, Kreisarzt in Wipperfürth.
- **Herbst**, Kreisarzt in Kempen (Rhein).
* - **Herlitzius**, Kreisarzt in Erkelenz.
- **Herting**, San.-Rat, Direktor der Prov.-Heil- u. Pflegeanstalt in Galkhausen, Post Langenfeld (Rheinl.).
- **Hilgermann**, Prof., Direktor des Instituts für Hygiene und Infektionskrankheiten in Saarbrücken.
* - **Hillebrand**, Med.-Rat, Kreis- u. Kommunalarzt in Bergheim (Erft).
- **Hiltmann**, Kreis- und Stadtarzt in Sterkrade.
* - **Hofacker**, Med.-Rat, Kreisarzt in Düsseldorf.
- **Hoffmann**, Med.-Rat, Kreisarzt in Trier.
- **Hohn**, Leiter des bakteriolog. Laboratoriums in Essen (Ruhr).
- **Hurck**, Kreisarzt in Schleiden.
- **Joesten**, Kreisarzt in Jülich.
- **Kessel**, Kreisarzt in Rheinbach.
- **Kirchgässser**, Med.-Rat, Kreisarzt in Koblenz.
- **Kirsch**, prakt. Arzt in Aachen, staatsärztl. approb.
- **Klaholt**, Kreis-, Stadt- und Kommunalarzt in Krefeld.
- **Klein**, Med.-Rat, Kreisarzt in St. Goar.
- **Klein**, Med.-Rat, Gerichtsarzt in Elberfeld.
- **Kloninger**, Kreisarzt in Adenau.
- **Knepper**, Prof., Landes-Medizinalrat in Düsseldorf.
- **Knoll**, Kreisarzt in Bernkastel-Cues.
- **Koeppe**, Med.-Rat, Kreisarzt a. D. in Zell (Mosel).
- **Krause**, Med.-Rat, Kreis- und Stadtarzt in München-Gladbach.
* - **Krautwig**, ord. Prof., ärztlicher Beigeordneter in Köln a. Rh.
* - **Kreuser**, Kreisassistenzarzt u. kommiss. Kreisarzt in Merzig.
* - **Kriege**, Med.-Rat, Kreis- und Stadtarzt in Barmen.
- **Ledermann**, Med.-Rat, Kreisarzt in Saarbrücken.
- **Lehmann**, Landesmedizinalarzt in Düsseldorf (Oberkassel).
- **Lemhöfer**, Med.-Rat, Kreisarzt in Remscheid-Vieringhausen.
* - **Lemke**, Kreisarzt in Koblenz.
- **Linck**, Med.-Rat, Kreisarzt in Mörs.
- **Lindemann**, Alfred, leitender Arzt der innneren Abteilung des Elisabeth-Krankenhauses in Essen (Ruhr), staatsärztl. appr.
- **Lindemann**, Geh. San.-Rat in Düsseldorf, Oberarzt des Allgemeinen Knappschaftsvereins.
- **Loerch**, Reg.- und Med.-Rat in Aachen.
- **Lohmer**, Kreisarzt für Köln-Mitte in Köln-Bayenthal.
* - **Maaß**, Kreis- und Stadtarzt in Hamborn.
- **Marmann**, Gerichtsarzt und Direktor des Medizinal-Untersuchungsamts in Trier.
- **Mayer**, Med.-Rat, Kreisarzt in Meisenheim (Glan).[1]
- **Meder**, Prof., Med.-Rat, Kreisarzt und Vorsteher der Impfanstalt in Köln a. Rh.
- **Matthes**, Reg.- und Med.-Rat in Koblenz.
* - **Meerbeck**, Med.-Rat, Kreis- und Kommunalarzt in Mülheim (Rhein).
* - **Meyer**, Med.-Rat, Kreisarzt in Lennep.
- **Müller**, San.-Rat in Mettmann, staatsärztl. approb.
- **Mosebach**, Kreisarzt in Prüm.
- **Neuhaus**, Geh. San.-Rat, Landespsychiater und leitender Arzt der Dep.-Anstalt für Geisteskranke in Düsseldorf.
* - **Niemeyer**, Med.-Rat, Kreis- und Stadtarzt in Neuss.
- **Orthmann**, San.-Rat, Direktor der Prov.-Heil- und Pflegeanstalt Joachimsthal in Süchteln.
- **Paffrath**, Geh. Med.-Rat, Kreisarzt in Kleve.
- **Peren**, Med.-Rat, Kreis- und Kreiskommunalarzt in Aachen.

[1]) Inzwischen verstorben.

Dr. Peretti, Prof., Geh. San.-Rat, Direktor der Heil- und Pflegeanstalt in Düsseldorf-Grafenberg.
- Petersen, Kreisphysikus a. D. in Düsseldorf.
- Pinders, Kreisarzt in Wesel.
- Plempel, Med.-Rat, Gerichtsarzt in Köln a. Rh.
- Pollitz, Direktor der Strafanstalt in Düsseldorf.
- Prang, Kreisarzt in Bitburg.
- Pusch, Reg.- und Med.-Rat in Aachen.
- Racine, Geh. Med.-Rat, Kreisarzt a. D. in Essen (Ruhr).
* - Rauch, Kreis- und Stadtarzt in Oberhausen.
- Reckmann, Med.-Rat, Kreisarzt in Geldern.
- Reischauer, Direktor des Mediziualuntersuchungsamtes in Koblenz (Wohnsitz: Horchheim).
- Robinski, Kreisassistenzarzt a. D. in Zell a. Rh.
- Roeder, Geh. Med.-Rat, Kreisarzt a. D. in St. Goar.
* - Rühs, Kreis- und Stadtarzt in Elberfeld.
- Rusak, Geh. Med.-Rat, Reg.- und Med.-Rat a. D. in Köln.
- Salgendorf, Kreisarzt in Geilenkirchen.
* - Savels, Stadtarzt in Köln a. Rh.
- Schäfer, Geh. Med.-Rat, Kreisarzt in Siegburg.
- Schelowsky, prakt. Arzt in Sterkrade, staatsärztl. approb.
- Schmidt, Med.-Rat, Kreisarzt in Neunkirchen (Saar).
- Schmidt, prakt. Arzt in Oberhausen (Rheinl.), staatsärztl. appr.
- Schmidt, Kreisarzt in Köln a. Rh.
- Schmidt, Herm., kommiss. Kreisarzt in Zell a. Rh.
- Schmitz, Geh. Med.-Rat, Kreisarzt a. D. in Aachen.
- Schrammen, Kreisarzt in Köln a. Rh.
- Schröder, Emil, Kreisarzt in Aachen.
- Schürmeyer, Kreisarzt und ständiger Hilfsarbeiter bei der Regierung in Düsseldorf.
- Schuchhardt, Kreisarzt in Altenkirchen (Westerwald).
* - Schürmann, Kreisarzt in Essen a. Ruhr.
- Schumacher, Kreisassistenzarzt in Trier.
- Schulte, Kreisarzt in Kochem.
- Schwass, Geh. Med.-Rat und Hofrat, Reg.- und Med.-Rat a. D. in Sigmaringen.
- Stauss, Med.-Rat, Oberamtsarzt, komm. Reg.- und Med.-Rat in Sigmaringen.
- Steinebach, Med.-Rat, Kreisarzt a. D. in Beuel.
- Steinbach, Kreisassistenzarzt in Köln a. Rh.
- Stühlen, Med.-Rat, Kreis- und Stadtarzt in Aachen.
- Teudt, Gerichtsarzt in Duisburg.
- Thywissen, leit. Arzt der Heil- u. Pflegeanstalt „St. Josef" in Neuss, staatsärztl. approb.
* - Tieling, Kreisarzt in Neuwied.
* - Ueberholz, Med.-Rat, Kreisarzt in Wittlich.
- Ungar, ord. Professor, Geh. Med.-Rat in Bonn.
- Vasen, Kreisassistenzarzt und kommiss. Kreisarzt in Jülich.
- Viereck, Kreisarzt und Kreiskommunalarzt in Gummersbach.
- Volkmuth, Geh. Med.-Rat, Kreisarzt a. D. in Saarburg.
* - Vollmer, Med.-Rat, Kreisarzt in Kreuznach,
- Wackers. Kreis- und Kreiskommunalarzt in Grevenbroich.
- Wagner, Kreisarzt in Saarlouis.
- Walter, Prof.. Kreisarzt in Waldbroel.
- Westhofen, Kreisassistenzart in Mariahütte (Kr. Trier).
- Wex, Geh. Med.-Rat, Kreisarzt a. D. in Düren (Rheinl.).
* - Wex, jun., Kreisassistenzarzt und kommissarischer Kreisarzt in Monschau.
- Wildenrath, Kreisarzt in Daun.
- Wittenberg, Kreisassistenzart in Dinslaken.
- Wolff, Geh. Med.-Rat, Kreis- und Stadtarzt in Elberfeld.
- Woltemas, Med.-Rat, Kreisarzt in Solingen.

Außerdem:

*Dr. Abel, Geh. Ob.-Med.-Rat, o. Professor und Direktor des hygienischen Universitätsinstituts in Jena.
- v. Blomberg, Freiherr, San.-Rat in Weimar (Erster Direktor der Prov.-Irrenanstalt in Kosten).
- Bürger, prakt. Arzt in Mehlis (Thür.), staatsärztl. approb.
* - Corvey, Ob.-Reg.-Rat und Direktor des Landeswohlfahrts- und Gesundheitsamts in Detmold.
- Hage, Marineoberstabsarzt a. D. in Jena, hygienisches Institut.
- Kruse, Geh. Med.-Rat, Professor und Direktor des hygienischen Instituts in Leipzig.
- Laehr, Georg, San.-Rat, Nervenarzt in Berchtesgaden (Unterwiefeld), staatsärztlich approbiert.
- Lemmer, Geh. Med.-Rat, Kreisarzt a. D. in Lübeck.
- Lösener, Generalarzt a. D. in Freiburg (Breisgau), staatsärztlich approbiert.
- Mangold, Kreisarzt in Tiegenhof (Freistaat Danzig).
- Schueller, Marineoberstabsarzt a. D., Bezirksarzt in Schleiz (Th.).
- Schulze, prakt. Arzt in Zerbst (Anhalt), staatsärztl. approb.
- Strecker, prakt. Arzt in Waren (Mecklenb.), staatsärztl. appr.
- Vollmer, Paul, Hilfsarbeiter im Gesundheitsamt in Bremen.
* - Weber, Präsident des Landesgesundheitsamts in Dresden.
* - Wodtke, Geh. Reg.-Rat in Jena, Reichskommissar für die Typhusbekämpfung in Thüringen.
- Ziehe, Geh. Med.-Rat. Kreisarzt a. D. in Stollhamm (Oldenburg).

B. Bayern.

Dr. Adam, Ludwig, Bezirksarzt, Wasserburg.
- Alafberg, Eugen, Bezirksarzt a. D., Ober-Med.-Rat, Ehrenmitglied, Ludwigshafen a. Rh.
- Aldinger, Jius, Bezirksarzt, Ochsenfurt.
- Angerer, Ernst, Bezirksarzt a. D., Ober-Med.-Rat, München, Schlotheimerstraße Nr. 3.
- Aschenbrenner, Alfred, Bezirksarzt, Weißenburg i. B.
- Aschenbrenner, Eug., Bezirksarzt in Stadtsteinach (Oberfr.)
* - Aumüller, Johann, Landgerichtsarzt, Neuburg a. D.
- Aumüller, Math., Bezirksarzt a. D., Ober-Med.-Rat, Garmisch.
- Bandel, Rudolf, Hilfsarzt des Bezirksarztes der Stadt, Nürnberg-Mögeldorf.
* - Bauer, Karl, Bezirksarzt, Nürnberg.
- Bauer, Philipp, Bezirksarzt, Ober-Med.-Rat, Freising.
* - Baumann, Adolf, Landgerichtsarzt, Ober-Med.-Rat, Fürth.
- Baumgart, Theodor, Bezirksarzt, Ober-Med.-Rat, Rosenheim.
- Bayerl, Bernhard, Landgerichtsarzt, Ober-Med.-Rt, München, Elisenstraße, Pension Feldhütter.
- Bayersdörfer, M., prakt. Arzt, San.-Rat, Neustadt a. H., staatsärztlich appprob.
- Becker, Georg, Bezirksarzt, Med.-Rat, Neustadt a. H.
- Becker, Karl, prakt. Arzt, Speyer, staatsärzlich approbiert.
- Beck, Theodor, prakt. Arzt, Rothenburg a. T., staatsärzl. approb.
- Beer, Ernst, Bezirksarzt, Viechtach.
- Beltinger, Rudolf, Bezirksarzt, Miltenberg.
* - Benz, Friedrich, Bezirksarzt, Krumbach.
* - Bernhuber, Franz P., Bezirksarzt, Eggenfelden.
* - Bernhuber, Karl, Bezirksarzt, Vilsbiburg.
* - Betz, Karl, Bezirksarzt, Miesbach.
- Bihler, Emil, Bezirksarzt, München, Kaiserstr. 50.
- Blümm, Guido, prakt. Arzt, Neustadt a. S., staatsärztl. approb.
- Blumm, Richard, Bezirksarzt, Hof.
* - Borger, Gustav, Bezirksarzt, Illertissen.
- Boyé, Karl, prakt. Arzt, Kirchheimbolanden, staatsärztl. approb.

*Dr. Braun, Adolf, Bezirksarzt, Neunburg v. W.
- Braun, Karl, Hilfsarzt am Landgericht I. München, Steinsdorfstr. 15.
* - Braun, Lorenz, Bezirksarzt, Ober-Med.-Rat, Königshofen i. Grbf.
* - Braun, Rudolf, Bezirksarzt, Kitzingen.
* - Brinsteiner, Joseph, Bezirksarzt, Ober-Med.-Rat, Landsberg.
- Britzlmayr, Max, Bezirksarzt, Pfaffenhofen.
* - Brodführer, Alfred, Bezirksarzt, Wegscheid.
- Brugger, Richard, Bezirksarzt, Günzburg a. D.
- Brusis, Anton, prakt. Arzt, Erbendorf (Oberpfalz), staatsärztl. appr.
- Buck, Joseph, Bezirksarzt, Forchheim, staatsärztl. approb.
* - Büller, Joseph, Bezirksarzt, Ober-Med.-Rat, Neuburg a. D.
- Bullinger, Joseph, prakt. Arzt, Burgkundstadt, staatsärztl. approb.
- Bunz, Max, Landgerichtsarzt, Regensburg.
* - Burkhard, Paul, Landgerichtsarzt, Schweinfurt.
- Butzer, Adalbert, Bezirksarzt bei der Regierung von Oberbayern, München.
- Clessin, Oskar, Bezirksarzt, Germersheim.
- Daxenberger, F., Bezirksarzt, Brückenau.
* - Dehler, Adolf, Bezirksarzt, Landau (Rheinpfalz).
* - Denzinger, Johann, prakt. Arzt, Murnau, staatsärztl. approb.
* - Deppisch, August, Bezirksarzt, Ober-Med.-Rat, Cham.
- Detzel, Joseph, Bezirksarzt, Rockenhausen.
* - Dietsch, Woldemar, Bezirksarzt a. D., Ober-Med.-Rat, Dinkelsbühl.
* - Dieudonné, Adolf, Geheimer Rat, Ober-Med.-Rat, Prof., Ministerialrat im Staatsministerium des Innern, München, Olgastraße.
* - Dischinger, Max, Bezirksarzt, Memmingen.
- Dorn, Jakob, bezirksärztlicher Stellvertreter, Werneck.
- Dorsch, Moritz, Bezirksarzt, Nabburg.
* - Dreyfuß, Isidor, Bezirksarzt, Ludwigshafen.
- Drossbach, Max, Bezirksarzt, Dinkelsbühl.
* - Dürig, Ferdinand, Landgerichtsarzt, Bayreuth.
* - Düring, Friedr. Karl, prakt. Arzt, Feucht b. Nürnberg, staatsärztl. appr.
* - von Ebner, Wilh., Freiherr, Bezirksarzt, Sulzbach.
- Eisenhofer, Adolf, Bezirksarzt Mühldorf.
* - Eller, Hermann, Bezirksarzt, Zusmarshausen.
- Endres, Alois, Bezirksarzt, Hammelburg.
* - Erhard, Hans, Bezirksarzt, Aichach.
- Ernst, Heinrich, Bezirksarzt in Mindelheim.
- Faber, Julius, Landgerichtsarzt, Ober-Med.-Rat, Zweibrücken.
- Federschmidt, Anstaltsarzt, Frankental.
- Fellerer, Otto, bezirksärztlicher Stellvertreter, Moosburg.
* - Fest, Anton, Bezirksarzt, Dingolfing.
- Fiedler, Heinrich, Bezirksarzt, Landstuhl.
* - Fink, Gustav, Bezirksarzt, Neustadt (Saale).
* - Fischer, Karl, Bezirksarzt, Freyung.
* - Flasser, Emil, Bezirksarzt, Wolfratshausen.
* - Fleischmann, Adolf, Bezirksarzt, Pirmasenz (Rheinpfalz).
- Fortner, Joseph, Bezirksarzt, Ober-Med.-Rat, Bad Tölz.
- Frank, Karl, Bezirksarzt, Med.-Rat, Zweibrücken.
* - Franke, Hans, bezirksärztlicher Stellvertreter, Kirchenlamitz B.-A. Wunsiedel.
* - Frankenburger, Alex, Hofrat, Leiter der Beobachtungsstelle für Lungenkranke, Nürnberg, Egidienplatz 22.
- Frantz, Richard, Landgerichtsarzt, Frankenthal.
* - Frickhinger, Karl, Ober-Reg.-Rat, München, Thierschplatz.
- Fritz, Joseph, Oberarzt der Kreisirrenanstalt, Bayreuth.
* - Führer, Isidor, Bezirksarzt, Schrobenhausen.
* - Gebhardt, Franz, Ober-Reg.-Rat, Landshut.
- Geiger, Alois, Bezirksarzt, Eschenbach.
* - Gierer, Johann, Bezirksarzt, Teuschnitz.
* - Giulini, Leo, Hilfsarzt des Landgerichtsarztes, Nürnberg, Rieterstr. 2.
- Glauning, Wilh., Bezirksarzt, Scheinfeld.

*Dr. **Glenk, Karl, Bezirksarzt, Feuchtwangen.**
- **Glasschroeder, prakt. Arzt, Lam im Bayer. Wald.**
* - Goehring, Bernhard, Bezirksarzt, Rothenburg o. T.
- Göttling, Friedrich, Direktor der Hebammenschule u Entbindungs-Anstalt, Ober-Med.-Rat, Bamberg.
* - Götz, Hermann, Bezirksarzt, Gefängnisarzt, Aichach.
- Grahamer, Karl, Landgerichtsarzt a. D., Obermedizinalrat, Landshut.
* - Grassl, Joseph, Bezirksarzt, Ober-Med.-Rat, Kempten.
- Groth, Alfred, Landesimpfarzt, München, Hohenstaufenstr. 1.
* - Glückel, Hans, Hilfsarzt des Bezirksarztes, Nürnberg, Sulzbachstr. 88.
- Günther, Richard, Bezirksarzt, Höchstadt a. A.
* - Gutermann, Adolf, Bezirksarzt, Neumarkt (Oberpf.).
* - Hahn, Alois, prakt. Arzt, Niederkirchen, Rheinpfalz, staatsärztl. appr.
* - Hausladen, Michael, Landgerichtsarzt, Eichstädt.
- Hausmann, Ferdinand, Bezirksarzt a. D., Dachau.
- Heel, Friedrich, Landgerichtsarzt, Ansbach.
* - Heilmaier, Oskar, Bezirksarzt, Neustadt a. Aisch.
- Heim, Ludwig, Universitäts-Professor, Erlangen.
* - Heim, Ernst, Hilfsarzt des Bezirksarztes, Schweinfurt-Oberndorf.
- Heinsen, Adolf, Landgerichtsarzt, Augsburg, Bismarckstr. 6.
* - Heissler, Ludwig, Bezirksarzt, Ober-Med.-Rat, Bayreuth.
- Helmerich, Carl, Bezirksarzt, Lichtenfels.
- Hellstern, prakt. Arzt, Würzburg, Neubaustr. 40, staatsärztl. approb.
- Henkel, Moritz, Bezirksarzt a. D., Ober-Med.-Rat, Garmisch.
- Hennig, Hans, Landgerichtsarzt, Landau (Rheinfalz).
- Hermann, Friedr. Ant., Landgerichtsarzt, Ober-Med.-Rat, München.
- Hertel, Richard, Bezirksarzt, Speyer.
* - Hetzel, Karl, Landgerichtsarzt, Memmingen.
* - Heydner, Friedr., Bezirksarzt, Ansbach.
- Hinker, Hans, Bezirksarzt, Donauwörth.
* - Hock, Valentin, Bezirksarzt, Regen.
- Hock, Jos., Direkt. der Heil- u. Pflegeanstalt, Ob.-Med.-Rat, Bayreuth.
* - Höchstetter, Friedrich, Bezirksarzt, Rehau.
- Hoefer, Wilhelm, Bezirksarzt, Parsberg.
- Hoenisch, Oskar, Bezirksarzt, Ober-Med.-Rat, Koburg.
- Hörger, Eugen, Bezirksarzt, Friedberg.
- Hösch, Paul, prakt. Arzt, Pasing, staatsärztl. approb.
- v. Hösslin, Hermann, Landgerichtsarzt a. D., Ober-Med.-Rat, Landau i. Pf.
- Hofhammer, Martin, Bezirksarzt, Waldmünchen.
* - Hofmann, Alban, Bezirksarzt, Naila.
- Hofmann, Franz, Bezirksarzt a. D., Ober-Med.-Rat, Arnstein bei Würzburg.
- Hofmann, Heinrich, Bezirksarzt, Uffenheim.
- Hofmann, Wilhelm, Bezirksarzt, München, Schellingstr. 91.
- Hofmeister, Heinrich, Bezirksarzt, Gerolzhofen.
- Hohenberger, Anton, Bezirksarzt, Hassfurt.
- Huber, Richard, prakt. Arzt, Markt, Redwitz, staatsärztl. opprob.
- Illing, Ludwig, prakt. Arzt, Neustadt a. A, stäatsärztl. approb.
- Imhof, Stephan, Bezirksarzt, Berchtesgarden.
- Imminger, Konrad, prakt. Arzt, Dillingen a. D, staatsärztl. approb.
- Jourdan, Karl, prakt. Arzt, München, Schellingstr. 83, staatsärztl. appr.
* - Kaspar, Wolfgang, Bezirksarzt, München, Franz Josefstr. 30.
* - Kaup, Ignaz, Prof. der Sozialhygiene in München, (Hygien. Institut).
* - Keck, Albert, Oberarzt an der bakteriol. Untersuchungsanstalt in München.
- Keller, Hans, prakt. Arzt, Heimenkirch, staatsärztl. approb.
- Kerschensteiner, Albert, Bezirksarzt, Stadtamhof.
- Kieningers, Nikolaus, Bezirksarzt, Sonthofen.
* - Kihn, Heinrich, Bezirksarzt, Ober-Med.-Rat, Würzburg.
* - Knehr, Heinrich, Landgerichtsarzt, Ober-Med.-Rat, Nürnberg.
- Knorz, August, prakt. Arzt, Prien, staatsärztlich approb.

Dr. Koch, Philipp, prakt. Arzt, Waldmohr, staatsärztl. approb.
- Köhl, Oskar, Bezirksarzt a. D., Naila.
* - Kölsch, Franz, Ober-Med.-Rat, Landesgewerbearzt im Ministerium für soziale Fürsorge, München, Isabellastr. 34.
- Koerber, Hermann, Oberarzt des Krankenhauses Bayreuth.
- Kohler, Hans, Bezirksarzt, Dachau.
- Kolb, Gustav, Direktor der Heil- u. Pflegeanstalt Erlangen, Erlangen.
- Kraus, Franz, prakt. Arzt, Pfakofen b. Regensburg, staatsärztl. appr.
- Kraus, Hans, Bezirksarzt, Ober-Med.-Rat, Würzburg.
- Krebs, Nikodemus, Bezirksarzt, Ober-Med.-Rat, Bad Aibling.
- Krembs, Heinr., prakt. Arzt, München, Korneliusstr. 6, staatsärztl. appr.
- Kress, Curt, Bezirksarzt der Gefangenenanstalt St. Georgen, Bayreuth.
* - Kreuz, G., Ant., Landgerichtsarzt, Ober-Med.-Rat, Nürnberg.
- Kröhl, Gustav, bezirksärztl. Stellvertreter, Schesslitz b. Bamberg.
* - Kühn, Moritz, Bezirksarzt, Ober-Med.-Rat, Kaiserslautern.
- Kufner, Waldemar, Landgerichtsarzt, Passau.
* - Kundmüller, Julius, Bezirksarzt. Ober-Med.-Rat, Hofheim.
- Kundt, Eduard, Dir. der Kreisirrenanstalt, Ober-Med.-Rat, Deggendorf.
* - Kunz, Gustav, Bezirksarzt, Nürnberg.
- Langenmantel, Karl, Bezirksarzt, Griesbach.
* - Lauer, Oskar, Bezirksarzt, Schwabach.
- Laux, Eugen, prakt. Arzt, Grünstadt, staatsärztl. approb.
- Lehner, Hermann, prakt. Arzt, Frankenthal, staatsärztl. approb.
- Leuchs, Jul., Direktor d. bakteriolog. Untersuchungsanstalt, Würzburg.
* - Lill, Hans, Stadtschularzt, Würzburg.
* - Linder, Christoph, Bezirksarzt, Kaufbeuren.
- Löffler, Max, Landgerichtsarzt, Ober-Med.-Rat, Aschaffenburg.
- Lorenz, Alois, prakt. Arzt, Aschaffenburg, staatsärztl. approb.
- Lukas, Friedrich, Bezirksarzt, Staffelstein.
- Lüst, August, Bezirksarzt a. D., Ober-Med.-Rat, Kaufbeuren.
- Lutz, Pankraz, Bezirksarzt, Rottenburg in Nieder-Bayern.
* - Maar, Friedr., Bezirksarzt, Ober-Med.-Rat, Bad Kissingen.
- Mädl, Emil, Bezirksarzt, Ebenberg.
- Mackh, Karl, prakt. Arzt, Nördlingen, staatsärztl. approb.
* - Mann, Friedr., Ob.-Reg.-Rat, Speyer.
- Martius, Eduard, prakt. Arzt, München, Wiedenmeierstr. 31, staatsärztl. approb.
- Marzell, Karl, Bezirksarzt a. D., Ob.-Med.-Rat, München, Hess-Str. 48.
- Maul, Karl, Bezirksarzt, Wertingen.
* - Mayer, Karl, Bezirksarzt, Ober-Med.-Rat, Hersbruck.
- Mayr, Ludwig, Bezirksarzt, München.
* - Meier, Josef, Geh. San.-Rat, Ober-Med.-Rat im Ministerium des Innern, München.
- Meixner, Ernst, prakt. Arzt, Lichtenfels, staatsärztl. approb.
- von Merkel, Gottlieb, Ober-Med.-Rat a. D., Nürnberg, obere Pirkheimerstr. 2.[1])
* - Merkel, Herm., Universitäts-Professor, Landgerichtsarzt, München.
* - Merkel, Sigm., Bezirksarzt, Ob.-Med.-Rat, Nürnberg, Sulzbachstr. 3.
- Miller, Eugen, Ob.-Reg.-Rat, Ansbach.
- Miller, Ludwig, prakt. Arzt, Tannhausen, staatsärztlich approb.
- Minderlein, Friedr., prakt. Arzt, Berolzheim, staatsärztl. approb.
- Mirtlsperger, Anton, Bezirksarzt, Mallersdorf.
- Moeges, Anton, Bezirksarzt, Ober-Med.-Rat, Tirschenreuth.
- Molitoris, Hans, Universitäts-Professor, Erlangen.
- Molitoris, prakt. Arzt in Kempten, staatsärztl. approb.
- Müller, Joseph, Ludwig, prakt. Arzt, München, Weberplatz, staatsärztlich approb.
- Müller, Max, Bezirksarzt, Riedenburg.
- Müller, Otto, Bezirksarzt, Bogen.
- Mützel, Max, Bezirksarzt, Oberviechtach.

[1]) Inzwischen verstorben.

Dr. Neumüller, Eduard, Bezirksarzt, Laufen a. S.
- Niedermaier, Georg, Bezirksarzt, Pfarrkirchen.
- Nothaass, Franz, Bezirksarzt, Roding.
- Oberhofer, Michael, prakt. Arzt, Hollfeld B. A., Ebermannstadt, staatsärztl. approb.
* - Obermayr, Mart., Joh., Ober-Regierungsrat, Augsburg.
- Oberweiler, August, Bezirksarzt a. D., Ober-Med.-Rat, Chiemsee.
- Ochsenkühn, Joseph, bezirksärztlicher Stellvertreter, Schwandorf.
- Oetter, Oskar, Direktor der Heil- und Pflegeanstalt Kutzenberg.
- Offensperger, Georg, prakt. Arzt, Oggersheim, staatsärztl. approb.
- Oschmann, Bruno, prakt. Arzt, Hammelburg, staatsärztl. approb.
- Oschmann, Max, bezirksärztl. Stellvertreter, prakt. Arzt, Euerdorf.
- Oschmann, Joseph, prakt. Arzt, Gräfendorf, B. A. Gemünden, staatsärztlich approb.
- Pauli, Rich. jr., prakt. Arzt, Landau, staatsärztl. approb.
- Pfeiffer, Theodor, prakt. Arzt, Kleinwallstadt, staatsärztl. approb.
- Pischinger, Oskar, Sanitätsrat, Lohr a. M., staatsärztl. approb.
- Plauth, Adolf, Bezirksarzt, Kusel.
- Preisendörfer, Peter, Bezirksarzt a. D., Ober-Med.-Rat, Lohr a. M.
- Probst, Andreas, Bezirksarzt, Kötzting.
- Pürkhauer, Heinrich, Bezirksarzt, Lindau.
- Putscher, Paul, Bezirksarzt, Schongau.
* - Ratz, Karl, Bezirksarzt, Grafenau.
- Rauh, Gustav, Bezirksarzt, Ober-Med.-Rat, Erding.
- Rausch, Karl, prakt. Arzt, Zweibrücken, staatsärztl. approb.
- Redenbacher, Oskar, Landgerichtsarzt, Kempten.
- Ritter, Otto, Bezirksarzt, Weiden (Amt Neustadt).
* - Rimpau, Wilhelm, Professor und Direktor der bakteriologischen Untersuchungsanstalt München.
* - Rohmer, Theodor, Oberregierungsrat, Würzburg.
* - Rothhammer, Friedrich, Bezirksarzt, Weilheim.
* - Rüdinger, Gustav, Bezirksarzt, Markt—Heidenfeld.
- Russ, Kilian, Landgerichtsarzt, Hof.
* - Sauerteig, Albert, Bezirksarzt, Nürnberg.
- Schelle, August, Bezirksarzt, Bamberg.
- Schenk, Hans, bezirksärztlicher Stellvertreter, Babenhausen.
* - Schlier, Josef, Bezirksarzt, Med.-Rat, Lauf.
- Schlotenloher, Hans, Hilfsarzt d. B. A. Würzburg.
- Schmeissner, Max, Bezirksarzt, Kemnath.
- Schmid, Hans, Bezirksarzt, Obèr-Med.-Rat, Altötting.
- Schmid, Valentin, Hilfsarzt d. Landger. A., Augsburg, D 210.
- Schmid, Richard, prakt. Arzt, München, Maxim. 5, staatsärztl. approb.
- Schmidtlein, Ernst, Bezirksarzt in Beilngries (Oberpfalz).
- Schmitt, Eduard, Bezirksarzt, Bergzabern.
* - Schmitt, Joseph, Bezirksarzt, Dillingen.
- Schmitz, Reinhard, Bezirksarzt, Ober-Med.-Rat, Starnberg.
- Schnell, Gg., prakt. Arzt, Schönberg i. b. W., staatsärztl. approb.
* - Schneller, Alb., Bezirksarzt, Ober-Med.-Rat, Bamberg II.
- Schön, Hubert, Bezirksarzt, Ober-Med.-Rat, Ingolstadt.
* - Schoener, Otto, Bezirksarzt, Lohr.
* - Schröfl, August, Bezirksarzt, Gemünden.
* - Schub, Karl, Bezirksarzt, Vilshofen.
* - Schütz, August, Bezirksarzt, Ober-Med.-Rat, Straubing.
* - Schultz, Eduard, Landgerichtsarzt, Bamberg.
* - Schuster, Adolar, Hilfsarzt des Bezirksarztes, Stadt-Polizeiarzt, Augsburg C. 44.
- Schwab, Michael, Bezirksarzt, Schwabmünchen.
* - Schwink, Friedrich, Oberregierungsrat, Bayreuth.
* - Schwink, Fritz, prakt. Arzt, Hilfsarzt des Bezirksarztes der Stadt Nürnberg, Ebnersgasse 8, staatsärztl. approb.
- Seelos, Alois, Bezirksarzt a. D., Ober-Med.-Rat, Markt-Oberdorf.
* - Seidel, Ludwig. Bezirksarzt, Kulmbach.

*Dr. Seiderer, Fritz, Bezirksarzt, München, Triftstr. 12.
* - Seiffert, Gustav, Ober-Med.-Rat im Staatsministerium für soziale Fürsorge, München, Lipowskystr. 9.
* - Sendtner, Ignaz, Bezirkarzt, Ober-Med.-Rat, Augsburg.
- Sesar, Eduard, prakt. Arzt, Füssen, staatsärztl. approb.
* - Sitzberger, Alois, Bezirksarzt, Ober-Med.-Rat, Passau.
* - Siebert, Friedrich, Bezirksarzt, Kronach.
- Singer, Alfons, Bezirksarzt an der Gefangenenanstalt Lichtenau.
* - Spiegel, Paul, Bezirksarzt, Ebermannstadt.
- Spies, Karl, Bezirksarzt, Ober-Med.-Rat, Bad Dürkheim.
- Stappel, Wilhelm, Bezirksarzt, Obernburg.
* - Stark, Emil, Stadtarzt, San.-Rat, Fürth.
* - Stark, Friedrich, Bezirksarzt, Pegnitz.
- Steichele, Martin, Bezirksarzt, Ober-Med.-Rat, Augsburg.
- Steidle, Alois, Landgerichtsarzt, Landshut.
- Steiger, Hanns, prakt. Arzt, Neu-Ulm, staatsärztl. approb.
- Steininger, Joh., Bezirksarzt, Ober-Med.-Rat, Regensburg.
- Stengel, Hans, prakt. Arzt, Würzburg.
- Steudel, Karl, prakt. Arzt, Regensburg, staatsärztl. approb.
- Steudemann, Albert, Polizeiarzt, München, Neuhauserstr. 33.
* - Stix, Hans, Raim., Bezirksarzt, Fürth.
- Stickel, Anton, Bezirksarzt, Füssen i. Allgäu.
* - Stoelzel, Oskar, Landgerichtsarzt, Kaiserslautern.
* - Stömmer, Otto, Oberregierungsrat, Regensburg.
* - Stritzl, Wilhelm, Bezirksarzt, Mainburg.
- Stumpf, Julius, Landgerichtsarzt, Ober-Med.-Rat, Univ.-Professor, Würzburg.
* - Sutter, Friedrich, Bezirksarzt, Homburg.
- Thiel, Karl, Bezirksarzt, Ebern.
- Trzetziak, Hermann, Bezirksarzt, Karlstadt a. M.
- Tremel, Hans, Bezirksarzt, Landau a. J.
* - Uebl, Joseph, Bezirksarzt, Amberg.
* - Vierling, Gustav, Landgerichtsarzt, Weiden.
- Viernstein, Theodor, Bezirksarzt, Gefängnisarzt, Straubing.
- Voelkl, Oskar, Bezirksarzt, Berneck.
- Vogt II jun., Heinrich, prakt. Arzt, Kandel. staatsärztl. approb.
- Wander, Ferdinand, bezirksärztl. Stellvertreter, Dettelbach a. M.
- Wallner, Otto, Med.-Rat im Ministerium des Innern, München.
- Weber, Emanuel, Bezirksarzt, Ober-Med.-Rat, Kelheim.
- Weber, Jakob, Bezirksarzt, Kirchheimbolanden.
- Weber, Klemens, Bezirksarzt, Landshut.
- Weckerle, Joseph, Bezirksarzt, Ober-Med.-Rat, Traunstein.
- Weigl, Joseph, Bezirksarzt, Hilpoltstein.
* - Westermayer, Eugen, Bezirksarzt, Fürstenfeldbruck.
* - Wiedemann, Fritz, Bezirksarzt, Ober-Med.-Rat, Neu-Ulm.
- Wiest, Franz, prakt. Arzt, Lenggries, staatsärztl. approb.
* - Wild, Georg, Bezirksarzt, Wunsiedel.
- Winsauer, Friedrich, prakt. Arzt, Kleinheubach, staatsärztl. approb.
* - Winterstein, Wilhelm, Bezirksarzt, Melrichstadt.
- Würth, Fritz, prakt. Arzt, Jettingen, B. A. Günzberg, staatsärztl. appr.
* - Wunder, Karl, Bezirksarzt, Burglengenfeld.
- Wurm, Stephan, bezirksärztlicher Stellvertreter, Haag, B. A. Wasserburg a. Inn.
- Zängerle, Max, Landgerichtsarzt, Amberg.
- Zeitler, Fritz, prakt. Arzt, Wörth a. D., staatsärztl. approb.
- Zeitler, Konrad, Bezirksarzt, Ober-Med.-Rat, Ebrach.
- Zeitlmann, Ignaz, Bezirksarzt, Nördlingen.
- Zimmer, Ernst, Landgerichtsarzt, Kaiserslautern.
* - Zorn, Fritz, Bezirksarzt, Erlangen.
* - Zwecker, Jakob, Bezirksarzt, Alzenau.
- Zwicknagl, Max, Landgerichtsarzt, Traunstein.

C. Sachsen.

Dr. Arnemann, Reg.-Med.-Rat, Bezirksarzt in Chemnitz (Land).
- Boeters, Reg.-Med.-Rat, Bezirksarzt in Marienberg.
- Bremme, Reg.-Med.-Rat, Bezirksarzt in Loebau.
- Eichhorn, Reg.-Med.-Rat, Bezirksarzt in Glauchau.
- Endler, Reg.-Med.-Rat, Bezirksarzt in Dippoldiswalde.
- Facilides, San.-Rat und Gerichtsarzt in Plauen (Vogtland).
- Franke, Reg.-Med.-Rat, Bezirksarzt in Grimma.
- Geyer, Landgerichtsarzt in Zwickau (Sachsen).
- Geyer, Paul, II. Stadtarzt in Dresden (Striesen).
- Hänsel, Gerichtsarzt in Chemnitz.
- Harms zum Spreckel, Reg.-Med.-Rat, Bezirksarzt in Annaberg (Erzgebirge).
- Hauffe, Stadtbezirksarzt u. Stadtobermedizinalrat in Chemnitz.
- Hertzsch, Ober-Med.-Rat, Reg.- und Med.-Rat in Leipzig.
- Heyn, Reg.-Med.-Rat und ständiger Hilfsarbeiter beim Ministerium des Innern in Dresden.
- Hoffmann, Reg.-Med.-Rat, Bezirksarzt in Doebeln
- Holz, Reg.-Med.-Rat, Bezirksarzt in Leipzig-Gohlis.
- Ilberg, Geh. Med.-Rat, Direktor der Heil- und Pflegeanstalt in Sonnenstein bei Pirna.
- Kindler, Reg.-Med.-Rat, Bezirksarzt in Flöha (Sachsen).
- Klengel, Stadtarzt in Leipzig-Connewitz.
- Klotz, Reg.-Med.-Rat, Bezirksarzt in Zwickau (Sachsen).
- Kockel, a. o. Professor, Direktor des Instituts für gerichtl Medizin in Leipzig.
- Krefft, Reg.-Med.-Rat, Bezirksarzt in Marienberg i. S.
- Kuhn, Prof., wissenschaftl. Leiter der Lingner-Stiftung, Dresden.
- Leonhardt, Stadtbezirksarzt in Dresden.
- Lutze, Reg.-Med.-Rat, Bezirksarzt in Oschatz.
- Müller, Anstaltsbezirksarzt in Stollberg (Erzgeb.).
- Neumeister, Reg.-Med.-Rat; Bezirksarzt in Borna (Bez. Leipzig).
- Paarmann, Reg.-Med.-Rat, Bezirksarzt in Kamenz.
- Petzhold, Reg.-Med.-Rat, Bezirksarzt in Pirna.

* - Pötter, Ober-Med.-Rat, Stadtbezirksarzt in Leipzig-Lindenau.
- Rechholtz, Reg.-Med.-Rat, Bezirksarzt in Freiberg.
- Reichardt, Stadtarzt in Chemnitz.
- Rösler, Reg.-Med.-Rat, Bezirksarzt in Großenhagen.
- Sauer, Reg.-Med.-Rat, Bezirksarzt in Bautzen.
- Schmidt, Reg.-Med.-Rat, Bezirksarzt in Oelsnitz (Vogtland).
- Schultes, Reg.-Med.-Rat, Bezirksarzt in Auerbach (Vogtland).
- Schubart, Stadtbezirksarzt in Plauen (Vogtland).
- Seelhorst, Reg.-Med.-Rat, Bezirksarzt in Zittau.
- Stahl, Reg.-Med.-Rat, Bezirksarzt in Großenhain.
- Streit, Ober-Med.-Rat, Reg.- und Med.-Rat bei der Kreishauptmannschaft in Dresden.

* - Thiele, Geh. Med.-Rat, Prof., Landesgewerbearzt in Dresden-A
- Thiersch, Reg.-Med.-Rat, Bezirksarzt in Dresden.
- Tietze, Reg.-Med.-Rat, Bezirksarzt in Schwarzenberg (Sachs.).
- Wengler, Reg.-Med.-Rat, Bezirksarzt in Plauen.
- Werner, Reg.-Med.-Rat, Bezirksarzt in Dresden-Blasewitz.
- Zehlert, Reg.-Med.-Rat, Bezirksarzt in Chemnitz.

D. Württemberg.

Dr. Beck, Stadtarzt und Oberamtswundarzt in Ludwigsburg.
- Betz, Oberamtsarzt in Caln.
- Brecke, Med.-Rat, Direktor der Lungenheilstätte in Ueberruh.
- Bubenhofer, Med.-Rat, Oberamtsarzt in Vaihingen (Enz).
- Buder, Oberarzt an der Heil- und Pflegeanstalt in Winnental. Post: Winnenden.

Dr. **Camerer**, Ober-Med.-Rat, Direktor der Heilanstalt in Winnental und Ministerialberichterstatter im Ministerium des Innern für das Gebiet des Irrenwesens.
- **Dentler**. Oberamtsarzt in Wangen.
- **Drachter**, Med.-Rat, Oberamtsarzt in Crailsheim.
- **Essig**, Med.-Rat, Oberamtsarzt in Ravensburg.
- **Finckh**, Med.-Rat, Oberamtsarzt in Tettnang.
- **Fricker**, Med.-Rat, Oberamtsarzt in Nagold.
- **Fröhner**, San.-Rat, Oberamtsarzt in Balingen.

* - **Gastpar**, Prof., Stadtarzt in Stuttgart.
- **Georgii**, Med.-Rat, Oberamtsarzt in Geislingen (Steige).
- **Gerlach**, Oberamtsarzt in Gmünd.

* - **Gnant**, Ober-Med.-Rat, ärztlicher Berichterstatter für das Gesundheitswesen im Ministerium des Innern in Stuttgart.
- **Günzler**, Oberamtsarzt in Tuttlingen.
- **Gutekunst**, Oberarzt an der Heil- und Pflegeanstalt in Weißenau.
- **Haag**, Med.-Rat, Oberamtsarzt in Heilbronn (Neckar).
- **Haaga**, Med.-Rat, Oberamtsarzt in Aalen.

* - **Haffner**, Oberamtsarzt in Langenburg.
- **Heller**, Med.-Rat, Oberamtsarzt in Backnang.
- **Herrmann**, Oberamtsarzt in Hall.
- **Hoffmann**, Oberarzt an der Heil- u. Pflegeanstalt in Zwiefalten.
- **Holzapfel**, Oberamtsarzt in Ellwangen.
- **Kauffmann**, Oberamtsarzt in Göppingen.
- **Koch**, Direktor der Heil- und Pflegeanstalt in Pfillingen.

* - **Köstlin**, Ober-Med.-Rat, Stadtdirektionsarzt in Stuttgart.
- **Kommerell**, Med.-Rat, Oberamtsarzt in Cannstatt.
- **Krimmel**, Med.-Rat, Direktor der Heil- und Pflegeanstalt in Weißenau.
- **Kurrer**, Oberamtsarzt in Horb (Neckar).
- **Lechler**, Oberamtsarzt in Herrenberg.
- **Lörchner**, Oberamtsarzt in Biberach.
- **Ludwig**, Med.-Rat, Oberamtsarzt a. D. in Leonberg.
- **Luib**, Oberamtsarzt in Mergentheim.
- **Lutz**, Med.-Rat, Oberamtsarzt in Saulgau.
- **Maas**, Oberamtsarzt in Rottweil.
- **Maisch**, Med.-Rat, Oberamtsarzt in Oehringen.
- **Mayer**, Oberamtsarzt in Böblingen.
- **Mißmahl**, Med.-Rat, Oberamtsarzt in Riedlingen.
- **Muntzsch**, Oberamtsarzt in Neresheim.
- **Paulus**, Med.-Rat, Oberamtsarzt in Heidenheim (Brenz).
- **Pfäfflin**, Med.-Rat, Oberamtsarzt in Nürtingen.
- **Pfleiderer**, Oberamtswund- und Stadtarzt in Knittlingen.
- v. **Rembold**, Medizinaldirektor a. D. in Stuttgart.
- **Rembold**, Med.-Rat, Oberamtsarzt in Waldsee.
- **Romberg**. Med.-Rat, Oberamtsarzt a. D. in Nürtingen.
- v. **Scheurlen**, Ministerialrat und Vorstand des medizinischen Landesuntersuchungsamts in Stuttgart.
- **Schmidt**, Oberamtsarzt in Tübingen.
- **Schott**, Oberamtsarzt in Eßlingen.
- **Schwarzkopf**, stellv. Stadtdirektionsarzt in Stuttgart.
- **Sorger**, Oberamtsarzt in Oberndorf.
- **Staiger**, San.-Rat, Leiter der Irrenabteilung an der Strafanstalt Hohen-Asperg in Asperg.
- **Staudenmayer**, Med.-Rat, Oberamtsarzt in Ludwigsburg.
- **Steinbrück**, Med.-Rat, Oberamtsarzt in Reutlingen.
- **Steinhausen**, Oberamtsarzt in Oehringen.
- **Stützle**, prakt. Arzt in Mergentheim, staatsärztl approb.
- **Villinger**, Oberamtsarzt in Besigheim.
- **Walz**, Ober-Med.-Rat, Prosektor am Katharinenhospital in Stuttgart.

Dr. Weinland, Oberarzt an der Heil- und Pflegeanstalt Schussenried.
* - Zoeppritz, Oberamtsarzt in Cannstatt.

E. Baden.

*Dr. Baader, Med.-Rat, Bezirksarzt in Freiburg (Breisgau).
- Barth, Bezirksarzt in Villingen.
- Baumann, Bezirksarzt in Buchen.
- Bopp, Bezirksarzt in Tauberbischofsheim.
- Bruch, Bezirksarzt in Durlach.
* - Compter, Med.-Rat, Bezirksarzt in Rastatt.
- Croißant, Bezirksarzt in Adelsheim.
- Dörner, Bezirksarzt in Ettenheim.
- Dörner, Med.-Rat, Bezirksarzt in Schopfheim.
- Eberle, Med.-Rat, Bezirksarzt in Karlsruhe.
- Eckert, Med.-Rat, Bezirksarzt in Waldkirch (Breisgau).
- Ernst, Bezirksarzt in Wiesloch.
- Guttenberg, Med.-Rat, Bezirksarzt in Freiburg (Breisgau).
- Hecker, Geh. Med.-Rat u. Reg.-Med.-Rat a. D. in Gengenbach.
- Henrici, Med.-Rat, Bezirksarzt in Schwetzingen.
- Holl, Med.-Rat, Bezirksarzt in Heidelberg.
- Kaiser, Geh. Med.-Rat, Bezirksarzt in Karlsruhe.
- Kautzmann, Ober-Med.-Rat im Ministerium des Innern in Karlsruhe.
* - Kossel, Geh. Hofrat, Professor der Hygiene in Heidelberg.
- Kramer, Med.-Rat, Bezirksarzt in Ettlingen.
- Kroell, Geh. Hofrat, Bezirksarzt a. D. in Lahr.
* - Lefholz, Med.-Rat. Bezirksarzt in Emmendingen.
- Mayer, Med.-Rat, Bezirksarzt in Pforzheim.
- Meeß, Med.-Rat, Bezirksarzt in Wertheim.
- Popp, Med.-Rat, Bezirksarzt in Säkkingen.
- Riffel, Med.-Rat, Anstaltsarzt bei dem Landgefängnis und der Weiberstrafanstalt in Bruchsal.
- Satori, Bezirksarzt in Oberkirch.
- Schleid, Med.-Rat, Bezirksarzt in Mannheim.
- Schöning, Med.-Rat, Bezirksarzt in Donaueschingen.
- Seitz, Med.-Rat, Bezirksarzt in Eberbach.
- Sprauer, Bezirksarzt in Stockach.
- Stengel, Bezirksarzt in Lahr.
- Thomann, Med.-Rat. Bezirksarzt in Baden-Baden.
- Thomen, Med.-Rat, Bezirksarzt in Heidelberg.
- Walther, Bezirksarzt in Neustadt (Baden).
- Warth, Med.-Rat, Bezirksarzt in Mülheim.
- Weber, Bezirksarzt in Schönau a. d. W.
- Wippermann, Med.-Rat, Bezirksarzt in Mosbach.
- Wohlfahrt, Med.-Rat Bezirksarzt in Offenburg.
- Zix, Med.-Rat. Bezirksarzt in Mannhein.

F. Hessen.

Dr. Balser, Geh. Ober-Med.-Rat und vortragender Rat in der Min.-Abt. für öffentliche Gesundheitspflege in Darmstadt.
- Balser, Amtsarzt in Bad Salzhausen.
- Best, Med.-Rat, Kreisarzt in Schotten.
- Engau, Amtsarzt in Darmstadt.
- Fresenius, Med.-Rat, Kreisarzt in Büdingen (Oberhessen).
- Groos, Geh. Ober-Med.-Rat und vortragender Rat in der Min.-Abt. für öffentliche Gesundheitspflege in Darmstadt.
- Heid, Kreisarzt in Heppenheim i. B.
- Heinricy, Med.-Rat, Kreisarzt in Bingen.
- Jaup, Med.-Rat, Kreisarzt in Erbach (Odenwald).

Dr. Koeniger, Med.-Rat, Kreisarzt in Offenbach (Main).
- Kuechel, Amtsarzt in Worms.
- Langermann, Kreisarzt in Darmstadt.
- Martin, Amtsarzt in Offenbach (Main).
- Nebel, Med.-Rat, Kreisarzt in Friedberg.
- Schäffer, Med.-Rat, Kreisarzt in Worms.
- Schäffer, Med.-Rat, Kreisarzt in Mainz.
- Schwan, Med.-Rat, Kreisarzt in Dieburg.
- Stigell, Med.-Rat, Kreisarzt in Oppenheim.
- Schüppert, Amtsarzt in Gießen.
- Wagner, Kreisarzt in Groß-Gerau.
- Walger, Med.-Rat, Kreisarzt in Gießen.
- Willmann, Amtsarzt in Lauterbach.
- Wengler, Med.-Rat, Kreisarzt a. D. in Groß-Gerau.
- Zinßer, Med.-Rat, Kreisarzt in Alsfeld.

G. Mecklenburg-Schwerin, Mecklenburg-Strelitz u. Oldenburg.

Dr. Barnstedt, Ober-Med.-Rat, Großherzogl. Leibarzt und Amtsarzt in Oldenburg.
- Buschmann, Med.-Rat, Kreisarzt in Parchim.
- Dannien, Med.-Rat, Kreisarzt in Malchin.
* - Dugge, Med.-Rat, Kreisarzt u. Privatdozent in Rostock.
- Elfeldt, Med.-Rat, Kreisarzt in Güstrow.
- Giesler, Med.-Rat, Physikus in Eutin.[1]
- Günther, Med.-Rat, Kreisarzt in Hagenow.
- Heinz, Med.-Rat, Amtsarzt in Vechta.
- Möhlfeld, Med.-Rat, Amtsarzt in Delmenhorst.
- Peeck, Kreisarzt in Gnoien.
* - Rosenow, Med.-Rat, Landesarzt in Eutin.
* - Schlaeger, Ob.-Med.-Rat, Landphysikus u. Landgerichtsarzt in Oldenburg.
- Schmidt, Ober-Med,-Rat, Landesarzt in Idar.
- Schrakamp, Med.-Rat, Kreisarzt in Schönberg.
* - Stein, Med.-Rat u. Referent für Med.-Angeleg. im Ministerium in Neustrelitz.
- Unruh, Med.-Rat, Kreisarzt in Wismar.
- Viereck, Med.-Rat, Kreisarzt in Ludwigslust.
- Wilhelmi, Med.-Rat, Kreisarzt in Schwerin.

H. Thüringen.

Dr. Berthot, Geh. San.-Rat, Pphysikus in Hildburghausen.
- Beyer, San.-Rat, Bezirksarzt in Altenburg.
- Biedermann, Hans, Assistent an der chirurg. Klinik in Jena, staatsärztl. approb.
- Bonde, Med.-Rat, Kreisarzt in Roda.
- Franke, Med.-Rat, Bezirksarzt in Woltershausen.
- Freyburg, Geh. San.-Rat, Physikus in Meiningen.
- Giese, Med.-Rat, a. o. Professor, Bezirksarzt in Jena.
- v. d. Goltz, Bezirksarzt in Dornburg.
- Graef I, Geh. San.-Rat, Physikus in Frankenhausen (Kyffh.).
- Gumprecht, Prof., Geh. Med.-Rat in Weimar.
- Helbach, Geh. Med.-Rat u. Med.-Referent in Rudolstadt.
- Hesse, San.-Rat, Bezirksarzt in Eisenach.
* - Jänicke, Med.-Rat, Bezirks- und Stadtarzt in Apolda.
- Jahn, stellvertr. Bezirksarzt in Bürgeln.
- Kessler, prakt. Arzt in Gotha, staatsärztl. approb.
- Kiel, Med.-Rat, Bezirksarzt in Budstädt.
- Knopf, Geh. Med.-Rat, Bezirks- u. Landgerichtsarzt in Weimar.
- Kreissmann, Geh. San.-Rat, Physikus in Sonneberg.

[1]) Inzwischen verstorben.

Dr. Kühn, Bezirksarzt in Neustadt a. Orla.
- Kutschbach. San.-Rat, Bezirksarzt in Kahla.
- Löber, Med.-Rat, Bezirksarzt in Vacha.
- Lorentz, San.-Rat, Bezirksarzt a. D. in Lucka.
* - Michael, Med.-Rat, Bezirksarzt in Ilmenau.
- Nachtigall, Med.-Rat, Bezirksarzt in Bad Berka.
* - Neuhaus, Reg.- und Med.-Rat, Oberstabsarzt a. D. Bezirksarzt in Gera.
- Noack, Bezirksarzt in Gotha.
- Nützenadel, Geh. Med.-Rat in Altenburg.
- Oloff, Bezirksarzt in Auma.
* - Osswald, Geh. Med.-Rat, Reg.- und Med.-Rat und Kreisarzt in Sondershausen.
* - Pfeifer, Med.-Rat, Bezirksarzt in Weida.
- Renner, Med.-Rat, Bezirksarzt in Tiefennot.
- Rüdel, San.-Rat, Bezirksarzt in Weimar.
Sarnow, Med.-Rat, Bezirksarzt in Eisenach.
- Sartorius, stellvertr. Bezirksarzt in Großrudestedt.
- Schrader, Bezirksarzt in Allstedt.
- Schultheiß, Bezirksarzt in Gerstungen.
- Sieburg, Bezirksarzt in Ostheim v. d. Röhn.
- Sorge, Geh. San.-Rat, Bezirksphysikus in Königsee (Thür.).
- Spann, Stadtarzt in Greiz.
- Stapff, Bezirksarzt in Dermbach (Feldabahn).
- Stüler, Med.-Rat, Bezirksarzt in Ohrdruf.
- Toelle, Med.-Rat, Kreisarzt in Arnstadt.
- Wegener, Med.-Rat, Physikus in Salzungen.

I. Anhalt und Braunschweig.

Dr. Beckhaus, San.-Rat, Physikus a. D. in Königslutter.
- Bielski, San.-Rat, Kreisarzt in Zerbst.
- Dibbelt, Kreisarzt in Halberstadt.
- Engel, San.-Rat, Kreisarzt in Wolfenbüttel.
- Engelbrecht, Geh. Med-Rat in Braunschweig.
- Esleben, Geh. Med.-Rat, Kreisarzt in Bernburg.
- Haars, Kreisarzt in Lutter (Barenberg).
- Klauder, Med.-Rat, Kreisarzt a. D. in Dessau.
- Kloeppel jun., Kreisarzt in Blankenburg (Harz).
- Müller, Med.-Rat, Kreisarzt in Braunschweig.
- Oehmke, Med.-Rat, Kreisarzt in Dessau.
* - Roth, Ober-Med.-Rat, Med.-Referent und ordentl. Mitglied des Medizinalkollegiums in Braunschweig.
- Schäche. Reg.- und Med.-Rat in Dessau.
- Schulze, Kreisarzt in Holzminden.
- Stamm, prakt. Arzt in Braunschweig, staatsärztl. approb.
- Weinberg, Med.-Rat, Kreisarzt in Cöthen.
- Zimmer, San.-Rat, Kreisarzt in Gandersheim.

K. Lippe, Schaumburg-Lippe und Waldeck.

Dr. Burchard, Med.-Rat, Kreisphysikus in Bückeburg.
- Carius, San.-Rat, Kreisarzt in Detmold.
- Deetz, Med.-Rat, Hofrat, Oberlandphysikus in Arolsen.
- Gottschalk, San.-Rat, Kreisarzt in Salzuflen.
- Lambrecht, Med.-Rat, Kreisphysikus in Stadthagen.
- Stemann, Geh. Hofrat und Med.-Rat in Detmold.
- Theopold, Geh. San.-Rat, Med.-Rat, Kreisarzt in Blomberg (Lippe).
- Vogt, Kreisarzt in Arolsen.
- Wichmann, San.-Rat, Kreisarzt in Pyrmont.

Freie und Hansastädte.

Dr. Becker-Glauch, Gerichtsarzt in Bremen.
- Bohne, Amtsphysikus in Bergedorf.
- Bulle, Amtsphysikus in Cuxhaven.
- Hasche-Klünder, Physikus in Hamburg.
- Maes, Prof., Physikus, Mitglied des Med.-Koll. in Hamburg.
- Pfeiffer, Prof. und Präsident des Landesgesundheitsamtes in Hamburg.

* - Reuter, a. o. Prof., Physikus u. Gerichtsarzt in Hamburg.
- Riedel, Med.-Rat, Physikus in Lübeck.
- Sannemann, Prof., Reg.-Rat, Hafenarzt in Hamburg.
- Schwarz, Physikus und Gerichtsarzt in Hamburg.

* - Sieveking, Professor, Physikus und Stadtarzt, Mitglied des Medizinalkollegiums in Hamburg.
- Späthe, Arthur, Hilfsarzt des Hafenarztes in Hamburg.
- Tjaden, Prof., Ober-Med.-Rat, Geschäftsführer des Gesundheitsamtes und Direktor der bakteriologischen Instituts in Bremen.
- Weidanz, Kreisarzt in Bremen.

Außerdem:

*Dr. Ewald, Stadtarzt in Trier.
- Hadlich, kommiss. Kreisarzt in Marienberg (Reg.-Bezirk Wiesbaden).
- Lewy, Kreis- und Stadtmedizinalrat in Berleburg (Westfalen).
- Stade, Stadtarzt in Danzig.
- Wollenberg, Geh. Med.-Rat, a. o. Professor, Direktor des psychiatrischen Klinik in Breslau.

Geschäftsbericht

über die

Jubiläumsstiftung des Preußischen Medizinalbeamtenvereins für 1920.

Die Mitgliederzahl hat sich leider teils durch Tod teils durch Austreten verringert, so daß ihre Zahl nur 267 gegen 277 im Vorjahre betragen hat. An Jahresbeiträgen sind nur 2845 M gegen 2990 M im Jahre 1919 gezahlt worden. Außerdem sind an einmaligen außerordentlichen Spenden der Stiftung 445 M zugewandt, darunter 294 M von dem früheren Verein der Medizinalbeamten im Regierungsbezirk Marienwerder. Von den neuangestellten Kreisärzten und Kreisassistenzärzten sind leider nur 4 in Berlin der Stiftung neu beigetreten. Der Gesamteinnahme an Beiträgen und Spenden von rund 3290 M steht eine Ausgabe von 1900 M für Unterstützungen gegenüber, die in Beträgen von 200 bezw. 300 M an 7 Witwen von Medizinalbeamten gewährt sind.

Die Jahresrechnung schließt ab wie folgt:

a. Einnahme.

Mitgliederbeiträge und einmalige Gaben	3290,61 M	
Zinsen der Finger-Stiftung nach Abzug der 10 % Kapitalertragssteuer	135,00 „	
Sonstige Zinsen nach Abzug der 10 % Steuer	127,83 „	
Zinsen der Wertpapiere nach Abzug der 10 % Steuer	1944,00 „	
Zurückgezahlte Erbschaftssteuer für die Finger-Stiftung	360,00 „	
Zusammen:		5857,44 M

b. Ausgabe.

Gewährte Unterstützungen	1900,00 M	
Porto, Drucksachen, Hinterlegungs- und Bankgebühren usw.	163,38 „	2063,38 „
Verbleibt Bestand am 31. Dezember 1920:		3794,06 M
Dazu der Kassenbestand am 1. Februar 1920:	3108,60 „	
Gesamtbestand am 31. Dezember 1920:		6902,66 M

Das Vermögen der Stiftung beträgt am 31. Dezember 1920 insgesamt 45 735,66 M und zwar:

1. Zinstragende Wertpapiere:	Nennwert	Kurswert
3½ % Preußische Staatsanleihe	10 000 M	5 390,00 M
4 % " "	14 000 "	8 750,00 "
4 % Deutsche Reichsanleihe	2 000 "	1 324,00 "
4 % Westfälische und Pommersche Provinzialanleihe	3 000 "	2 783,00 "
5 % Deutsche Reichsanleihe	22 000 "	17 050,00 "
Deutsche Sparprämienanleihe	4 000 "	3 536,00 "
Zusammen:	55 000 M	38 833,00 M
2. Kassenbestand:		6 902,66 "
Zusammen:	55 000 M	45 735,66 M
Vermögensbestand am 1. Februar 1920:	55 000 "	42 007,60 "
" am 31. Dezember 1920:	55 000 "	45 735,66 "
Mithin mehr:		3 728,06 M

Der Kurswert der Wertpapiere hat sich nur unbedeutend um 66 M vermindert, dagegen hat sich der Kassenbestand, der bei der Dresdner Bank und bei der Sparkasse in Gütersloh untergebracht ist, um 3794,06 M vermehrt.

Die 24 000 M der 3½ % und 4 % Preußischen Staatsanleihe und die 24 000 M der 4 und 5 % Reichsanleihe sind auf den Namen des Preußischen Medizinalbeamtenvereins in das Staats- bezw. Reichsschuldbuch eingetragen, während 3 000 M Provinzial- und 4 000 M Deutsche Sparprämienanleihe bei der Dresdner Bank Filiale Gütersloh hinterlegt sind. Nach Abzug der 10 % Kapitalertragsteuer beläuft sich der jährliche Zinsertrag der Wertpapiere auf 1989 M.

Die Abrechnung mit allen Belegen ist von den Herren Kreisärzten Med.-Rat Dr. Bundt und Med.-Rat Dr. Hillenberg in Halle a./Saale geprüft und richtig befunden.

Nachdem im Berichtsjahre Herr Geh. Med.-Rat Professor Dr. Rapmund den Vorsitz des Preußischen Medizinalbeamtenvereins niedergelegt hat, ist auf den unterzeichneten Vorsitzenden des Preußischen Medizinalbeamtenvereins auch der Vorsitz des Vorstandes der Jubiläumsstiftung übergegangen.

Den Herren Regierungs- und Medizinalräten spricht der Vorstand für das Wohlwollen und Interesse, das sie wie bisher stets der Stiftung zugewandt haben, seinen herzlichen Dank aus.

Jena und Gütersloh, im April 1921.

Der Vorstand,

I. A.

Dr. Wodtke, Geh. Med.-Rat
Vorsitzender.

Dr. Schlüter, Geh. Med.-Rat
Schrift- u. Kassenführer.

ZEITSCHRIFT
FÜR
MEDIZINALBEAMTE

Zentralblatt

für das gesamte Gebiet der gerichtlichen Medizin und Psychiatrie, des staatlichen und privaten Versicherungswesens, sowie für das Medizinal- und öffentliche Gesundheitswesen, einschließlich der prakt. u. sozialen Hygiene.

Herausgegeben
von
Prof. Dr. Otto Rapmund
Geh. Med.-Rat in Bad Lippspringe.

Offizielles Organ des Deutschen, Preussischen, Bayerischen, Sächsischen, Württembergischen, Badischen, Hessischen, Mecklenburgischen, Thüringischen und Braunschweigischen Medizinalbeamtenvereins.

XXXIV. Jahrgang. 1921.

Beilage:

Rechtsprechung und Medizinalgesetzgebung.

VERLAG VON FISCHER'S MEDIZIN. BUCHHANDLUNG H. KORNFELD,
Herzogl. Bayer. Hof- und K. u. K. Kammer-Buchhändler.
Berlin W. 62, Keithstraße 5.

J. C. C. Bruns, Buchdruckerei in Minden i. Westf.

Inhalt.

I. Rechtsprechung.

1. Entscheidungen des Reichsgerichts.

2. Entscheidungen von Oberlandes- und Landgerichten.

3. Entscheidungen von Verwaltungsgerichten.

II. Medizinalgesetzgebung.

A. Deutsches Reich.

Seite

B. Preussen.

C. Bayern.

D. Sachsen.

E. Württemberg.

F. Thüringen.

G. Oldenburg.

H. Lippe.

Sach-Register.

Rechtsprechung u. Medizinal-Gesetzgebung

Beilage zur Zeitschrift für Medizinal-Beamte

Nr. 1. 5. Januar. 1921.

Rechtsprechung.

Unzulässige Ankündigung des Mittels Rad Jo gegen Schwangerschaftsstörungen. Urteil des Kammergerichts zu Berlin vom 18. Juni 1918.

Die Verurteilung der drei Angeklagten wegen Uebertretung der Polizeiverordnung des Regierungspräsidenten zu Wiesbaden vom 13. September 1902 (Amtsbl. Frankfurt a. M. S. 472) läßt eine Verletzung sachlichen Rechts nicht erkennen.

Das gegen die Angeklagten angewendete Verbot im § 4 der Polizeiverordnung bezieht sich nicht ausschließlich auf Anzeigen solcher Personen, welche die Heilkunde gewerbsmäßig ausüben, ohne hierzu gemäß § 29 Gew.-O. approbiert zu sein, sondern auf jedermann, der Gegenstände, Vorrichtungen, Methoden oder Mittel, welche zur Verhütung, Linderung oder Heilung von Menschen- oder Tierkrankheiten bestimmt sind, öffentlich ankündigt. Das folgt aus der allgemein gehaltenen Fassung der Vorschrift und dem Umstande, daß die Polizeiverordnung in Verfolg des Ministerialerlasses vom 7. April 1903 durch keinerlei Ueberschrift ergänzt ist, aus der eine Beschränkung des Verbots auf die Anzeigen von nicht approbierten Heilgewerbetreibenden entnommen werden könnte. Hiernach ist das Berufungsgericht zutreffend davon ausgegangen, daß die Angeklagten, obwohl sie erkennbar die Heilkunde gewerbsmäßig nicht ausgeübt haben, durch die Ankündigung der Schrift: „Intimes für Eheleute und und ein intimer Briefwechsel“ im Morgenblatt der Frankfurter Zeitung vom 20. März 1916 gegen den § 4 der Polizeiverordnung verstoßen konnten. Soweit in dieser Bestimmung die öffentliche Ankündigung der bezeichneten Gegenstände usw. verboten ist, wenn ihnen über ihren wahren Wert hinausgehende Wirkungen beigelegt werden, bestehen gegen ihre Rechtsgültigkeit keine Bedenken. Da die Strafkammer eine Uebertretung des Verbots nur nach dieser Richtung hin festgestellt hat, ist das Berufungsurteil auch dieserhalb nicht zu beanstanden.

Die Angeklagten sind verurteilt, weil sie ein „Rad Jo“ genanntes Mitte öffentlich angekündigt haben sollen. Wenngleich dieses Mittel in der Anzeige in der Frankfurter Zeitung nicht ausdrücklich benannt ist, wie die Strafkammer festgestellt hat, so konnte seine öffentliche Ankündigung doch bedenkenfrei angenommen werden, da in der Anzeige auf die das Mittel anpreisende, öffentlich erschienene und für jedermann auf Verlangen erhältliche Schrift hingewiesen und diese dadurch zum Bestandteil der Anzeige geworden ist.

Das Landgericht stellt fest, daß das Mittel Rad Jo nach dem Inhalt der Anzeige und der Schrift dazu bestimmt ist, die bei Schwangerschaft und Geburt häufig auftretenden Störungen hintanzuhalten oder zu beseitigen. Diese Feststellung rechtfertigt die Annahme, daß das Mittel zur Verhütung oder Beseitigung von Menschenkrankheiten bestimmt war. Die von dem Verteidiger des Angeklagten F. aus der Ansicht der Strafkammer über die Natur von Schwangerschaft und Geburt als naturgemäße Vorgänge im Leben der Frau hergeleitete Rüge der unrichtigen Anwendung des Verbots geht sonach fehl.

Zur Rechtfertigung des gegen den Angeklagten F. ergangenen Urteils verweist die Strafkammer auf den § 20 des Preßgesetzes, eine Verletzung dieser Vorschrift ist nicht ersichtlich. Das Berufungsgericht sieht offenbar als erwiesen an, daß F. in seiner Eigenschaft als für den Inseratenteil verantwortlicher Redakteur die Aufnahme der Anzeige in die genannte Nummer der Frankfurter Zeitung veranlaßt und dabei aus Fahrlässigkeit das Verbot im § 4

der Polizeiverordnung übertreten hat; die Fahrlässigkeit findet das Berufungsgericht darin, daß der Angeklagte es bei der Aufnahme der Anzeige an hinreichender Aufmerksakeit hat fehlen lassen, andernfalls hätte er erkennen müssen, daß dem Mittel Rad Jo über seinen wahren Wert hinausgehende Wirkungen beigelegt wurden. In diesen Darlegungen des Berufungsgerichts ist ein Rechtsirrtum nicht zu finden. Die Ausführung der Revision, daß der Angeklagte die Anzeige ohne Kenntnis und Verständnis ihres Inhalts in dem von ihm geleiteten Teil der Frankfurter Zeitung aufgenommen habe, daß deshalb die Vorschrift des § 20 Preßges. nicht anwendbar sei, und daß für eine Bestrafung aus § 21 die gesetzlichen Voraussetzungen nicht vorlägen, geht fehl. Der Grundsatz des Reichsgerichts, daß eine Bestrafung unter Mitanwendung des § 20 Abs. 2 Preßges. eine mit Kenntnis und Verständnis des Inhalts erfolgte vorsätzliche Veröffentlichung voraussetze, bezieht sich nur auf vorsätzliche Straftaten: für fahrlässige Straftaten, wie hier eine festgestellt ist, muß er naturgemäß außer Betracht bleiben. Hat aber die Strafkammer hiernach mit Recht angenommen, daß die Tat des Angeklagten nach § 20 des Preßgesetzes zu beurteilen sei, so kommt es auf den Strafausschließungsgrund in § 21 Abs. 2 daselbst nicht an.

Medizinal-Gesetzgebung.

Preußen.

Neuauflage des Hebammenlehrbuches. Erlaß des Ministeriums für Volkswohlfahrt vom 26. November 1920 — I M II 2814 — an sämtliche Herren Oberpräsidenten und Regierungspräsidenten.

Da die Neuauflage des Hebammenlehrbuches 1918 schon seit längerer Zeit vergriffen ist, habe ich auf Grund eingehender Beratungen mit einer Anzahl von Hebammenlehrern und Kinderärzten eine neue Auflage des Hebammenbuches ausarbeiten lassen. Diese Neuauflage ist nunmehr im Verlage der Firma Julius Springer, Berlin W. 9, Linkstraße 23/24, erschienen.

Die Firma Springer hat sich verpflichtet, das neue Hebammenlehrbuch, dessen Herstellung naturgemäß infolge der außerordentlichen Steigerung aller Kosten für Papierbeschaffung, Druck, Löhne usw. nur zu einem erheblich höheren Preise als früher hergestellt werden konnte, für die Hebammenlehranstalten bezw. Hebammenschülerinnen sowie für die staatlichen Behörden und Beamten und für die praktisch tätigen Hebammen zum Preise von 25 M. zu liefern unter der Voraussetzung, daß die Bestellung des Buches für die Hebammen durch deren Aufsichtsbehörde oder durch den Kreis-(Stadt)-Ausschuß direkt erfolgt. Für das Publikum wird das Hebammenlehrbuch von der Verlagsbuchhandlung Springer für den Preis von 34 M. abgegeben. In den neuen Preisen sind die Kosten für Porto usw. nicht miteingerechnet.

Gleichzeitig mit Herausgabe der Neuauflage des Hebammenlehrbuches habe ich an Stelle der unter dem 14. September 1912 erlassenen Dienstanweisung für die Hebammen am 15. September 1920 eine neue Dienstanweisung erlassen, die dem Hebammenlehrbuch auf Seite 415 wieder angeheftet worden ist. Diese neue Dienstanweisung, die demnächst in dem von mir herausgegebenen Amtsblatt „Volkswohlfahrt" veröffentlicht werden wird, tritt — mit Ausnahme der schon jetzt geltenden Vorschriften des Krüppelfürsorgegesetzes (§ 34 Ziffer 8 der neuen Dienstanweisung) — erst drei Monate nach dieser Veröffentlichung in Kraft, so daß also bis zu diesem Zeitpunkt noch die alte Dienstanweisung für die Hebammen in Geltung bleibt.

Anbei übersende ich einen Abdruck des Hebamenlehrbuches zum Dienstgebrauch für den dortigen Regierungs- und Medizinalrat mit dem Bemerken, daß ich mir vorbehalte, nach Veröffentlichung der Dienstanweisung in dem Amtsblatt „Volkswohlfahrt" noch eine Anzahl Abdrucke der Dienstanweisung dorthin zu überweisen.

Die Neuauflage des Hebammenlehrbuches sowie die neue Dienstanweisung für die Hebammen bringen so zahlreiche und einschneidende Aenderungen des bisherigen Lehrstoffes bezw. der bisher geltenden Vorschriften, daß von jetzt ab nur die neue Auflage dem Unterricht in den Hebammenlehranstalten (ein-

schließlich der Wiederholungslehrgänge) zugrunde gelegt werden darf, und daß sämtliche Hebammen baldtunlichst sich das neue Lehrbuch beschaffen und mit dessen Inhalt vertraut machen müssen. Mit Rücksicht auf den unvermeidlich hohen Preis des Buches und die möglicherweise demnächst eintretenden Veränderung der Anstellungs- und Einkommensverhältnisse der Hebammen will ich mich damit einverstanden erklären, daß den Hebammen für die Beschaffung des neuen Buches eine Frist bis zum 1. April 1921 gewährt wird. Doch gebe ich mich der Erwartung hin, daß diejenigen Hebammen, die sich schon jetzt auf Grund statutarischer Regelung des Hebammenwesens oder ähnlicher Einrichtungen in einem Anstellungsverhältnis zu einem Kreise befinden, von den betreffenden Behörden das Buch baldmöglichst, d. h. schon vor dem 1. April 1921, beschafft werden wird.

Die Kreisärzte, die das Hebammenlehrbuch wieder aus dem Betrag ihrer Amtsunkostenentschädigung zu beschaffen haben, sind anzuweisen, die Hebammen ihres Kreises vom 15. Mai 1921 ab innerhalb eines Zeitraumes von sechs Wochen einer Nachprüfung über die neuen Vorschriften des Hebammenlehrbuches zu unterziehen; zu diesen Nachprüfungen sind die Hebammen mindestens vier Wochen vor dem festgesetzten Termin einzuladen. An den Nachprüfungen sind tunlichst die zuständigen Hebammenlehrer zu beteiligen. Um den Kreisärzten für die Abhaltung der Nachprüfungen gewisse Anhaltspunkte zu geben, füge ich anliegend eine Zusammenstellung derjenigen Paragraphen des Hebammenlehrbuches[1]) bei, welche die wichtigsten Aenderungen enthalten.

Ich verweise ferner auf die im Vorwort der neuen Auflage gegebene Darstellung über Umfang und Begründung der erfolgten Abänderungen des Lehrbuches und mache noch darauf aufmerksam, daß in den „Veröffentlichungen aus dem Gebiete der Medizinalverwaltung“ im Laufe der nächsten Monate ein Aufsatz meines Fachreferenten, des Geheimen Obermedizinalrats Dr. Krohne, über die Umarbeitung des Hebammenlehrbuches erscheinen wird.

Mit Rücksicht auf die im § 13 der Dienstanweisung bezw. auf Seite 436

---

[1]) Danach sind folgende wichtige Aenderungen vorgenommen:

Einleitung Seite 1 bis 2.
§§ 62 Schlußsatz; 65 Schlußsatz.
§§ 70 Absatz 1; 77 Absatz 2 und 3; 82 Absatz 1, 2 und 4 (Fleckfieber).
§§ 84 Absatz 3; 87 Absatz 1; 88 Absatz 2.
§§ 92a; 94 Absatz 2; 95 Absatz 2; 107a; 113 Ziffer 2 (Zahnpflege) und 5 Absatz 2.
§§ 118, 119 Absatz 3 und 5; 120 bis 124, 133.
§§ 143 (Schluß, Ziffer 1 bis 9); 145 1; 148 Absatz 3.
§§ 152 Absatz 2; 156 Schluß; 176.
§§ 180 Absatz 1; 184 (S. 160 unten); 188, 189.
§§ 194 Ziffer 13, 16, 21, 23; 195, 209 Absatz 3; 211 (Figuren 53 u. 53a) Ziffer 1 und 2.
§§ 213 Absatz 2; 216, 217 Absatz 1.
§ 218 Absatz 1, 3 und 5 (Einträufelung von Höllensteinlösung in allen Fällen auch ohne Zustimmung der Eltern).
§§ 219 (Figur 54), 229, 220, 233 Absatz 3.
§§ 234 bis 239, betreffend die regelmäßigen Vorgänge beim Neugeborenen in den ersten Lebenstagen. (Vollständig neue Fassung sämtlicher Paragraphen!)
§§ 242 Absatz 3; 243, 244, 246.
§ 247 (Reichsgesetz über Wochenhife und Wochenfürsorge, Kreisfürsorgeämter, Wöchnerinnenheime, Säuglingsheime, Mütterberatungsstellen, Berufsvormundschaft usw.).
§§ 248, 250, 251 (Temperatur- und Pulszettel); 252.
§ 255 (Schlußabsatz).
§§ 257 bis 271, betreffend Pflege des Säuglings. (Vollständig neue Fassung sämtlicher Paragraphen!)
§§ 272, 280 Absatz 2, 3 und 6.
§§ 287 (Schlußsätze); 289 (Figur 59).
§§ 295 Schlußsatz; 296, 303, 304 Absatz 1.

des Hebammenlehrbuches enthaltene Vorschrift, wonach die Hebamme in Zukunft, d. h. nach Inkrafttreten der Dienstanweisung, jeden in den ersten zehn Lebenstagen eintretenden Todesfall eines Neugeborenen dem Kreisarzte anzuzeigen hat, ersuche ich, die Kreisärzte anzuweisen, am Jahresschluß eine Uebersicht über die bei ihnen eingegangenen Anzeigen über die Todesfälle von Neugeborenen dem Regierungspräsidenten vorzulegen. Diese Uebersichten, die gleichfalls nach Maßgabe des auf Seite 436 des Hebammenlehrbuches enthaltenen Vordrucks aufgestellt werden sollen, sind mit einer entsprechenden Gesamtübersicht den jährlich zu erstattenden Gesundheitsberichten der Regierungs- und Medizinalräte beizufügen.

Ich ersuche, noch die ärztlichen Leiter der Entbindungsanstalten mit Ausnahme der Provinzial-Hebammenlehranstalten und Universitäts-Frauenkliniken auf die Neuauflage des Hebammenlehrbuches hinzuweisen sowie deren Herausgabe durch das dortige Amtsblatt bekanntzugeben. Bis zum 1. Juli 1921 sehe ich einen Bericht darüber entgegen, in welcher Weise das Lehrbuch im dortigen Bezirk eingeführt worden ist, sowie, ob und mit welchem Ergebnis die angeordneten Nachprüfungen der Hebammen stattgefunden haben.

Schließlich mache ich noch darauf aufmerksam, daß das Weglassen der bisher auf Seite 388 des alten Hebammenlehrbuches abgedruckten Wortlauts des Hebammeneides in der Neuauflage des Buches nicht etwa die Bedeutung haben soll, daß in Zukunft im Anschluß an die Abschlußprüfungen der Hebammenschülerinnen in den Hebammenlehranstalten eine Vereidigung der Hebammen nicht mehr stattfinden solle. Ich wünsche vielmehr, daß diese Vereidigung weiterhin in derselben Weise vorgenommen wird wie bisher, daß aber den Hebammenschülerinnen nach Abschluß ihrer Prüfung entweder durch einen Vermerk auf ihrem Prüfungszeugnis oder durch ein auszustellendes besonderes Zeugnis eine Bescheinigung darüber erteilt wird, ob und in welcher Form sie den Hebammeneid geleistet haben.

---

§§ 308 Absatz 2; 309 Absatz 4.
§§ 313 Absatz 1, 314 bis 320, betreffend Strecklagen, Vorderhauptlagen, Stirnlagen, Gesichtslagen, Beckenendlagen usw. (Wesentliche Umgestaltung der bisherigen Fassung.)
§§ 322, 333 Absatz 1; 339 Absatz 1; 342 (wesentliche Umgestaltung, siehe auch Figur 71 a).
§§ 359 Absatz 2; 362, 365, 366.
§§ 380 Absatz 2. (In Zeile 5 des Absatzes 2 ein Druckfehler: Anstatt § 217 ist zu setzen § 218.)
§§ 387, 398 (Aufzählung der verschiedenen Krüppelleiden; sehr wichtige Veränderung!)
§§ 404 Absatz 1 und Absatz 5; 406, 415 Absatz 1; 418 Absatz 1.
§§ 420, 421 Absatz 1; 423, 427, 440 (hier Figur 83 a, die früher fälschlich als Figur 54 zu § 219 gehörte).
§§ 446, 462 Absatz 1 und Schlußsatz.
§ 474 Schlußabsatz (Zusatzworte, betreffend gerötets, entzündete und schmerzhafte Stellen an den Händen).
§ 494 Schlußabsatz.
§§ 496 bis 515 über die Krankheiten des Neugeborenen und des Säuglings. (Neue Umgestaltung sämtlicher Paragraphen!)

Dienstanweisungen für die Hebammen.

§§ 2, 4 Absatz 1 Schlußsatz; 5, 6, 13 Absatz 2; 14, 15.
§§ 20 Absatz 1; 22, 24 Absatz 2; 27 Absatz 2; 28 Absatz 2.
§§ 32 Ziffer 5 und 6; 34 Ziffer 2 und 8.
Seite 432 bis 435. Vordruck für das Tagebuch der Hebamme.
Seite 436. Vordruck für den Bericht der Hebamme über jeden in den ersten 10 Lebenstagen eingetretenen Tod eines Neugeborenen.

Verantwortlich für die Schriftleitung: Prof. Dr. Rapmund, Geh. Med.-Rat in Lippspringe.
Druck von J. C. C. Bruns, Minden i. W.

Rechtsprechung u. Medizinal-Gesetzgebung

Beilage zur Zeitschrift für Medizinal-Beamte

Nr. 2. 20. Januar. 1921.

Rechtsprechung.

Zur richterlichen Leichenschau genügt an sich ein Arzt; der Richter hat aber die Befugnis, mehrere Aerzte zuzuziehen. Urteil des Reichsgerichts (III. Zivilsenat) vom 30. März 1920.

Der Beklagte hatte als Richter die Oeffnung der Leiche einer Frau und die richterliche Leichenschau an der Leiche zweier Kinder vorzunehmen und hatte zu dieser Schau die beiden die Leichenöffnung besorgenden Aerzte zugezogen. Die Klage forderte Ersatz der hierdurch entstandenen Mehrkosten, da nach § 87 Abs. 1 St. P. O. zur richterlichen Leichenschau nur ein Arzt hätte zugezogen werden dürfen. Die Vorrichter hatten der Klage stattgegeben; die Revision des Beklagten hatte dagegen Erfolg: Im § 87 Abs. 1 Satz 1 (unter Zuziehung eines Arztes) hat das Wort „eines" dieselbe Bedeutung wie das Wort „einen" in § 91 Abs. 1 (durch einen Chemiker); es ist beide Male der unbestimmte Artikel, der Nachdruck der Bestimmungen beruht darauf, daß der Sachverständige Arzt oder Chemiker sein müsse, ein einziger Arzt bezw. ein einziger Chemiker genüge und eine Mehrzahl solcher Sachverständiger nicht vorgeschrieben sei. Dadurch ist aber die dem Richter in § 72 Abs. 1 gegebene Befugnis zur Bestimmung der Anzahl der Sachverständigen für die Leichenschau und bei Verdacht der Vergiftung nicht aufgehoben.

Wann ist die geistige Gemeinschaft zwischen Ehegatten aufgehoben und jede Aussicht auf Wiederherstellung ausgeschlossen? Urteil des Reichsgerichts in Zivilsachen (VII. Z-Senat) vom 30. März 1920.

Die Beklagte war vor ihrer Ehe, die am 8. 7. 01 geschlossen wurde, vom 20. 2.—16 6. 98, nach ihrer Verheiratung vom 8. 8. 06—16. 9. 07 wegen Geisteskrankheit in einer Heilanstalt gewesen. Im ersten Falle wurde sie als geheilt, im zweiten als gebessert entlassen. Am 4. 1. 15 wurde sie wieder in die Heilanstalt aufgenommen, am 11. 2. 15 wegen Geisteskrankheit entmündigt. Die vom Kläger auf Grund des § 1569 B.-G.-B. erhobene Ehescheidungsklage ist von den Vorinstanzen abgewiesen worden. Die Revision hatte keinen Erfolg.

Zur geistigen Gemeinschaft gehört das auf der verständnisvollen Neigung und dem Vertrauen zu dem anderen Ehegatten beruhende Bewußtsein beider Ehegatten von der Ehe als einem auf sittlichen Rechten und Pflichten fußenden Lebensverhältnis, die sich daraus ergebende Anteilnahme an dem, was das geistige Leben rechten Ehegatten erfüllt, namentlich in dem körperlichen und geistigen Wohle des andern Ehegatten und der Kinder und die Betätigung dieser Anteilnahme, nicht in bloßen Gefühlsäußerungen, sondern in Handlungen, die sich als der Ausfluß gemeinsamen Denkens und Fühlens darstellen. Die geistige Gemeinschaft ist aufgehoben, wenn das oben näher umschriebene Verhältnis zerstört und eine tiefinnerliche Entfremdung an dessen Stelle getreten ist, ohne daß indessen der kranke Ehegatte den sog. geistigen Tod erlitten zu haben braucht.

Der Sachverständige A. rechnet damit, daß die manisch-depressiven Anfälle der Beklagten ganz aufhören könnten; der Sachverständige B. hebt mit Nachdruck vom rein klinischen Standpunkt die Möglichkeit hervor, daß der jetzige Erregungszustand bei der Beklagten wieder abklingen und die geistige Gemeinschaft unter den Parteien nicht nur vorübergehend, sondern sogar für längere Zeit wiederhergestellt werden könne.

Es ist also nicht jede Aussicht auf eine dauernde Wiederherstellung der geistigen Gemeinschaft für ausgeschlossen zu erachten, mindestens nicht

die Aussicht auf eine Wiederherstellung für so lange Zeiträume, daß sie praktisch einer dauernden Wiederherstellung gleichkommen würde.

Medizinal-Gesetzgebung.

A. Preußen.

Gebühren für Bewilligung erhöhter Versorgungszuschläge für Ruhegehaltsempfänger und für Witwen. Runderlaß des Finanzministers und des Ministers des Innern vom 9. Dezember 1920 — an sämtliche Herren Staatsminister.

Nach dem Erlaß verzichtet der Finanzminister weiterhin bei Bewilligung bis einschließlich 75 % des Ausgleichszuschlags für Ruhegehaltsempfänger auf seine Beteiligung; dagegen behält er sich bei Bewilligung von Versorgungszuschlägen über 50 % des Ausgleichszuschlags für Witwen und über 75 % des Ausgleichszuschlags für Ruhegehaltsempfänger die Entscheidung vor. In ersterem Falle wird diese von den nachgeordneten vorgesetzten Behörden getroffen, bei den Medizinalbeamten also von den Regierungspräsidenten, die dabei streng nach den nachfolgenden Grundsätzen zu verfahren haben.

I. Grundsätzlich muß die Erhöhung der Versorgungszuschläge über 50 % hinaus auf vereinzelte besonders geartete Ausnahmefälle beschränkt bleiben.

II. Das Fehlen von Privatvermögen oder -einkommen oder Unfähigkeit zu einem Nebenerwerbe allein, über das gewöhnliche Maß nicht erheblich hinausgehende Altersbeschwerden oder leichte Kränklichkeit, besondere Verdienste des Beamten oder vor der Versetzung in den Ruhestand gemachte Zusicherungen bilden keine ausreichende Grundlage für die Erhöhung des Versorgungszuschlags.

III. Die Erhöhung des Versorgungszuschlag ist zulässig, wenn der Versorgungsberechtigte für unterhaltsberechtigte Abkömmlinge oder Eltern über das normale Maß hinausgehende Unterhaltungsverpflichtungen zu erfüllen hat.

IV. Die Erhöhung des Versorgungszuschlags ist zulässig, wenn der Versorgungsberechtigte, die unter Ziffer III genannten Familienmitglieder oder sonstige nahe Verwandte, deren Unterhalt dem Versorgungsberechtigten tatsächlich obliegt, wegen Hilflosigkeit von erheblichen körperlichen oder geistigen Gebrechen oder dauernder erheblicher Krankheit einer besonderen Wartung oder sonstiger erheblicher Aufwendungen bedürfen.

V. Die Erhöhung des Versorgungszuschlags ist zulässig, wenn sonst unverschuldete Umstände eintreten, die eine dauernde Belastung verursachen, die von dem Versorgungsberechtigten trotz Einschränkung aus dem Einkommen nicht bestritten werden kann. Wegen einmaliger besonderer Ausgaben ist die Erhöhung nicht zulässig.

VI. Ein vorhandenes Vermögen oder sonst den Versorgungsberechtigten neben den gesetzlichen Bezügen zufließendes Einkommen und auch Einkommen einschließlich etwaiger Teuerungsbezüge der zu dem Hausstande des Versorgungsberechtigten gehörenden Familienangehörigen muß bei der Bedürftigkeit berücsichtigt werden. Für die Nachprüfung der Angaben über die Vermögens- oder Einkommensverhältnisse sind nach Möglichkeit Unterlagen zu beschaffen.

VII. Die erhöhte Zuwendung, die als jederzeit widerufliche zu kennzeichnen ist, darf nur für denjenigen Zeitraum gegeben werden, für den besondere Aufwendungen erforderlich sind, frühestens jedoch mit dem Beginn des Monats, in dem der Antrag eingegangen ist, und höchstens für einen Zeitraum von zwei Jahren vom Beginne der Bewilligung ab. Eine gegebenenfalls erforderlich erscheinende Neubewilligung muß alsdann von dem Ergebnis einer erneuten Prüfung der Bedürftigkeit abhängig gemacht werden.

VIII. In keinem Falle darf die bewilligte Erhöhung zusammen mit den sonstigen Versorgungsgebührnissen und den ständigen Nebeneinkünften des Versorgungsberechtigten denjenigen Betrag übersteigen, den die Versorgungsgebührnisse mit einem Zuschlage von 100 % ergeben.

Darüber hinaus ist auch in Ausnahmefällen die Bewilligung erhöhter Versorgungszuschläge nicht möglich; es müssen vielmehr in solchen Fällen gegebenenfalls Unterstützungsmittel in Anspruch genommen werden.

Einführung einer Altersgrenze. Gesetz vom 15. Dezember 1920.

§ 1. Unmittelbare Staatsbeamte, soweit sie nicht richterliche Beamte oder Lehrer an den wissenschaftlichen Hochschulen sind, und Volksschullehrer treten mit dem auf die Vollendung des 65. Lebensjahrs zunächst folgenden 1. April oder 1 Oktober kraft Gesetzes in den Ruhestand.

§ 2. Richterliche Beamte treten mit dem auf die Vollendung des 68. Lebensjahrs zunächst folgenden 1. April oder 1. Oktober kraft Gesetzes in den Ruhestand.

Mit dem gleichen Zeitpunkt werden die Lehrer an den wissenschaftlichen Hochschulen von ihren amtlichen Verpflichtungen entbunden.

§ 3. Dieses Gesetz findet auch auf Beamte Anwendung, die sich im einstweiligen Ruhestande befinden.

§ 4. Betrifft Hofbeamten.

§§ 5 und 6. Betreffen Volksschullehrer und richterliche Beamte.

§ 7. Auf Staatsminister findet dieses Gesetz keine Anwendung.

Dasselbe gilt von den Beamten der evangelisch-kirchlichen Verwaltung.

Auf die unmittelbaren Staatsbeamten und Volksschullehrer in der Provinz Oberschlesien findet das Gesetz bis auf weiteres keine Anwendung.

§ 8. Auf Antrag des Fachministers kann das Staatsministerium für einen einzelnen Beamten die Wirkung der im § 1 dieses Gesetzes vorgeschlagenen Altersgrenze bis zu einem späteren Zeitpunkte, jedoch nicht über den Zeitpunkt hinaus, der nach § 1 maßgebend wäre, wenn dort die Altersgrenze auf das 68. Lebensjahr festgesetzt wäre, hinausschieben, wenn das Interesse des Staatsdienstes die Fortsetzung des Amtes durch ihn erfordert.

§ 9. Die Bestimmungen dieses Gesetzes können durch Orts- (Provinzial- oder anderes) Statut auch für Kriminalbeamte in Kraft gesetzt werden.

§ 10 Dieses Gesetz tritt mit dem 1. April 1921 in Kraft und findet von diesem Zeitpunkt auch auf diejenigen Beamten Anwendung, die die Altersgrenze bereits überschritten haben.

Mitwirkung der Kreisärzte auf dem Gebiete des Wohnungs- und Siedlungswesens. Rund-Erlaß des Ministers für Volkswohlfahrt vom 6. Dezember 1920 — I M IV 1940 — an die Herren Regierungspräsidenten in Münster, Arnsberg und Düsseldorf.

Bei der großen Bedeutung, die der öffentlichen Gesundheitspflege auf dem Gebiete des Wohnungs- und Siedlungswesens zukommt, halte ich eine Mitwirkung der Kreisärzte auf diesem Gebiete gerade im Bezirke des Siedlungsverbandes Ruhrkohlenbezirk für besonders geboten. Das gilt namentlich auch für die Fragen der Wasserversorgung und Abwässerbeseitigung.

Ich ersuche, die Kreisärzte dieses Bezirks darauf aufmerksam zu machen, daß sie etwaigen Ersuchen des Verbandspräsidenten in Essen um Abgabe gutachtlicher Aeußerungen nachzukommen haben. Gleichzeitig sind diese Kreisärzte zu veranlassen, über etwaige gesundheitliche Mißstände, die auf dem Gebiete des Wohnungs- und Siedlungswesens zu ihrer Kenntnis kommen, an den Verbandspräsidenten zu berichten. Auch ersuche ich Sie selbst, in allen derartigen Fragen, soweit sie die Zuständigkeit des Verbandspräsidenten berühren, sich mit diesem ins Benehmen zu setzen.

Deckblätter der Anweisungen zur Bekämpfung des Aussatzes, der Cholera, der Pest und der Pocken. Rund-Erlaß des Ministers für Volkswohlfahrt vom 7. Dezember 1920 — I M III 2509 II — an sämtliche Herren Regierungspräsidenten.

Von den im Reichsministerium des Innern neu herausgegebenen Deckblättern — Nr. 3 — der Anweisungen zur Bekämpfung des Aussatzes, der Cholera, der Pest und der Pocken übersende ich anliegende je 2 Stück zur gefälligen Kenntnisnahme und Beachtung. Je 1 Stück ist für den Dienstgebrauch des Regierungs- und Medizinalrats bestimmt.

Die Deckblätter sind in der Verlagsbuchhandlung von Julius Springer, Berlin W 9, Linkstraße 23/24, erhältlich. Der Ladenpreis beträgt 25 Pf. für das Stück, bei Abnahme von mindestens 100 Stück 20 Pf. Die Anschaffung für die Kreisärzte hat aus deren Dienstaufwandsentschädigung zu erfolgen.

Deckblatt zu der Anweisung zur Bekämpfung der Pest. Rund-Erlaß vom 7. Dezember 1920 — I M III 2510 II — an sämtliche Herren Regierungspräsidenten.

Der Inhalt dieses Rund-Erlasses stimmt mit demjenigen des vorstehenden Erlasses überein; nur der Ladenpreis dieses Deckblattes beträgt 30 Pf. für Stück und 25 Pf. bei Abnahme von 100 Stück.

Maßnahmen gegen den Handel mit saponinhaltigen Schaumweinen. Rund-Erlaß des Ministers für Volkswohlfahrt vom 6. Dezember 1920 — I M II 2732 — an sämtliche Herren Oberpräsidenten und Regierungspräsidenten.

Im Laufe der letzten Jahre, besonders aber in neuerer Zeit, sind im Verkehr Schaumweine beobachtet worden, die Saponin aufwiesen. Hierbei handelt es sich um solche Schaumweine, deren Kohlensäuregehalt auf einem Zusatz fertiger Kohlensäure beruhte (Imprägnierungschaumweine) und die auf dem Wege der Schnellfabrikation bereitet waren. Da derartige Erzeugnisse die Kohlensäure beim Oeffnen der Flaschen sehr schnell verlieren und dann einen abgestanden Eindruck machen, war ihnen das Saponin zu dem Zweck zugesetzt worden, die fehlende natürliche Schaumkrone durch eine künstliche Schaumkrone zu ersetzen. In den meisten Fällen war die Anwesenheit des Saponins schon an dem dem Seifenschaum ähnlichen Schaum zu erkennen, der sich beim Schütteln einer Probe des Getränkes an der Oberfläche bildete. Außerdem wiesen solche Schaumweine einen deutlich seifigen Geschmack auf. Zum Nachweise des Saponins auf chemischem Wege haben sich nach einem Berichte des Reichsgesundheitsamts das von Rühle verbesserte Brunnersche Verfahren und das Verfahren von Rosenthaler als besonders geeignet erwiesen.

In rechtlicher Hinsicht wird der Zusatz von Saponin als eine Verfälschung im Sinne von § 10 des Nahrungsmittelgesetzes vom 14. Mai 1879 anzusehen sein. Denn bei einem Getränk von der Wertschätzung und dem hohen Preise des Schaumweines erwartet der Verbraucher nicht, daß ihm ein mit fremden künstlichen Schaummitteln versetztes Erzeugnis vorgesetzt wird, bei dem der künstliche Schaum die unsachgemäße Herstellung verbergen und einen normalen Kohlensäuregehalt vortäuschen soll. Weiter ist in dem seifigen Geschmack eine Verschlechterung der Ware zu erblicken.

Sowohl im Interesse der Verbraucher als auch des redlichen Schaumweingewerbes ersuchen wir ergebenst, die öffentlichen Nahrungsmitteluntersuchungsanstalten, für die je 1 Abdruck dieses Erlasses beiliegt, sowie durch Vermittlung der in Betracht kommenden Anstalten, die Weinkontrolleure auf den erörterten Mißstand aufmerksam zu machen und sie anzuweisen, durch Anwendung der gesetzlichen Handhaben gegen ihn vorzugehen. Sofern saponinhaltiger Wein auf Schaumwein verarbeitet wird, kann auch § 15 des Weingesetzes vom 7. April 1909 der Strafverfolgung zugrunde gelegt werden, da nach dieser Vorschrift vom Verkehr ausgeschlossene Getränke — zu diesen gehört saponinhaltiger Wein — zur Herstellung von Schaumwein nicht verwendet werden dürfen.

B. Oldenburg.

Erhöhung der ärztlichen Gebührenordnung. Bekanntmachung des Staatsministeriums vom 21. Dezember 1920.

I. Die Gebühren der Sätze unter Ziffer I der Gebührenordnung für approbierte Aerzte, Zahnärzte und Tierärzte vom 16. Mai 1919 werden um 200% erhöht.

II. Die übrigen Sätze werden um 300% erhöht.

Verantwortlich für die Schriftleitung: Prof. Dr. Rapmund, Geh. Med.-Rat in Lippspringe.
Druck von J. C. C. Bruns, Minden i. W.

Rechtsprechung u. Medizinal-Gesetzgebung

Beilage zur Zeitschrift für Medizinal-Beamte.

Nr. 3. 5. Februar. 1921.

Medizinal-Gesetzgebung.

A. Deutsches Reich.

Teuerungszuschlag zu den Kinderzuschlägen und Erhöhung des Ortszuschlages der außerplanmäßigen Beamten. Gesetz vom 11. Dez. 1920.

Der Teuerungszuschlag zu den Kinderzuschlägen wird mit Wirkung vom 1. Oktober 1920 ab für die Orte der Ortsklasse A auf 150%, B auf 125%, C auf 100%, D und E auf 75% festgesetzt.

Vom gleichen Tage ab erhalten die außerplanmäßigen Beamten, die nach § 12 Abs. 2 des Besoldungsgesetzes vom 30. April 1920 nur 80% des vollen Ortszuschlags beziehen, als weiteren Teuerungszuschlag die übrigen 20% des Ortszuschlags und auch hierzu den allgemeinen Teuerungszuschlag von 50%.

B. Preußen.

Erhöhte Anrechnung der von den Staatsbeamten während des Krieges zurückgelegten Dienstzeit. Gesetz vom 23. November 1920.

§ 1. Bei Berechnung der ruhegehaltsfähigen Dienstzeit nach dem Zivilruhegehaltsgesetze vom 27. März 1872 (Gesetzsamml. S. 268) und dem Volksschullehrerruhegehaltsgesetze vom 6. Juli 1885 (Gesetzsamml. S. 298) wird den Staatsbeamten und Volksschullehrpersonen, die während des Zeitraums vom 1. August 1914 bis 31. Dezember 1918 im Reichs-, aktiven Militär- oder unmittelbaren Staatsdienste, sofern sie mindestens sechs Monate beträgt, anderthalbfach angerechnet. Unter den gleichen Voraussetzungen kann mit Genehmigung der Staatsregierung bei Staatsbeamten die im Dienst eines der übrigen deutschen Länder sowie im Kommunal-, Kirchen- oder Schuldienst verbrachte Zeit anderthalbfach angerechnet werden, jedoch nur, sofern die anderthalbfache Anrechnung auch bei Verbleiben in diesem Dienst hätte gewährt werden müssen oder können. Die erhöhte Anrechnung von Reichs- und aktivem Militärdienst findet nur statt, sofern eine entsprechende Anrechnung auch für Reichsbeamte durch Reichsgesetz angeordnet ist.

§ 2. Die erhöhte Anrechnung erstreckt sich nicht auf sonstige Zeiträume, die nach den §§ 14, 18 und 19 des Zivilruhegehaltsgesetzes als ruhegehaltsfähige Dienstzeit angerechnet werden. Sie erstreckt sich ferner nicht auf die in solche Kalenderjahre fallende Dienstzeit, in denen der Beamte als Kriegsteilnehmer die Bedingungen erfüllt hat, die für ihn die besondere Anrechnung eines Kriegsjahres zur Folge haben. Sie erstreckt sich auch nicht auf Zeiträume, die auf Grund anderer gesetzlicher Bestimmungen doppelt anzurechnen sind.

Halbe Tage, die sich bei der Berechnung der Gesamtdienstzeit ergeben, werden nicht mitgezählt.

§ 3. Dieses Gesetz tritt mit Wirkung vom 1. August 1914 in Kraft.

Erhöhung der Gebühren der Kreisärzte und Chemiker für gerichtliche und medizinalpolizeiliche Verrichtungen (um 300%). Erlaß des Ministers für Volkswohlfahrt vom 20. Dezember 1920.

Auf Grund des § 8 Abs. 2 des Gesetzes betr. die Gebühren der Medizinalbeamten vom 14. Juli 1909 werden im Einvernehmen mit dem Herrn Finanz-

minister und dem Herrn Justizminister die in die Anlage I und II des Gesetzes angegebenen Sätze des Tarifs für die Gebühren der Kreisärzte sowie des Tarifs für die Gebühren der Chemiker für gerichtliche und medizinalpolizeiliche Verrichtungen mit Wirkung vom 1. Januar 1921 ab durchweg um 300 v. H. erhöht.

Der Erlaß vom 11. März 1920 betr. der Aenderung des Tarifs für die Gebühren der Kreisärzte usw. wird mit Ablauf des 31. Dezember 1920 aufgehoben.

Richtlinien für die Einrichtung von Provinzialausschüssen sowie von Orts- oder Kreisausschüssen für hygienische Volksbelehrung. Rund-Erlaß des Ministers für Volkswohlfahrt vom 29. November 1920 — I M IV 1799 — an die Herren Oberpräsidenten und Regierungspräsidenten.

In den Anlagen übersende ich ergebenst je einen Abdruck der vom Landesausschuß für hygienische Volksbelehrung festgestellten Richtlinien für die Errichtung von Provinzialausschüssen sowie Orts- bezw. Kreisausschüssen für hygienische Volksbelehrung, mit denen ich im allgemeinen einverstanden bin, mit dem ergebenen Ersuchen um Kenntnisnahme und um weitere Veranlassung.

Anlage I.

Richtlinien für die Einrichtung von Provinzialausschüssen für hygienische Volksbelehrung (Provinzialgesundheitsausschuß).

Zweckmäßig dürfte die Anlehnung an die Provinzialwohlfahrtsämter sein, wo solche bestehen. Wo sie nicht vorhanden sind, bedarf es der Initiative aller der Regierung angehörenden Persönlichkeiten, um den Provinzialgesundheitsausschuß ins Leben zu rufen. Da bei der Gründung des Landesausschusses davon ausgegangen ist, daß die Selbständigkeit der auf dem Gebiete der Volksbelehrung bereits tätigen Organisationen nicht gestört werden soll, so ist es notwendig, diese Organisationen, soweit sie eine provinzielle Gliederung haben, bei der Bildung der Provinzialgesundheitsausschüsse hinzuzuziehen. Aber über diese hinaus müssen alle diejenigen Kreise daran beteiligt werden, die Interesse an der hygienischen Volksbelehrung haben, ferner Persönlichkeiten, die als Vertreter der Dozenten, Hörer oder Geldgeber in Frage kommen. Die Zusammensetzung dürfte demnach sich etwa folgendermaßen gestalten:

Provinzialbehörden, einschließlich der Unterrichtsbehörden,
Bezirkswohlfahrtsämter,
Selbstverwaltung des Provinzialverbandes bezw. der Bezirksverbände Cassel und Wiesbaden sowie des Landeskommunalverbandes der Hohenzollernschen Lande,
Landesversicherungsanstalt,
Berufsgenossenschaften,
Krankenkassenverband,
Aerztekammer, Zahnärztekammer,
Aerztevereine, Zahnärztevereine,
Lokalkomitee für ärztliches Fortbildungswesen,
medizinische Fakultät,
Akademie für praktische Medizin,
Medizinaluntersuchungsamt,
Landwirtschaftskammer,
die Provinzialverbände der großen Wohlfahrtsorganisationen, wie:
Deutsches Zentralkomitee zur Bekämpfung der Tuberkulose,
Deutsche Gesellschaft zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten,
Provinzialkrüppelausschüsse,
Deutsche Vereinigung für Säuglings- und Kleinkinderschutz,
Deutscher Verein gegen den Mißbrauch des Alkohols,
Deutscher Verein für Volkshygiene,
die Frauen- und Sozialbeamtinnenverbände und die Fürsorgerinnenvereine,

Gesamtverband der Berufsarbeiter in der Wohlfahrtspflege,
Geistlichkeit,
Lehrervereine,
Jugendpfleger,
Rotes Kreuz, namentlich der Vaterländische Frauenverein.

Aufgaben.

1. Schaffung der Organisation durch Fühlungnahme mit den für die Gründung von Orts- bezw. Kreisgesundheitsausschüssen in Frage kommenden Organisationen und Behörden. Gute Vorarbeit auf dem Gebiete der hygienischen Volksbelehrung haben bereits die Organisationen der Deutschen Gesellschaft zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten, des Vereins für Volkshygiene usw. geleistet, die zweckmäßigerweise da als Mittelpunkt in Frage kommen, wo ein Provinzialwohlfahrtsamt als Ausgangspunkt nicht in Frage kommt. Die Vorführung des von der Deutschen Gesellschaft zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten geschaffenen Films „Die Gefahren der Geschlechtskrankheiten" kann der äußere Anlaß zur Gründung von Ortsgruppen werden, ebenso wie die von verschiedenen Stellen geschaffenen hygienischen Ausstellungen. Denn zur Durchführung dieser Bestrebungen ist an sich schon eine Zusammenfassung der interessierten Kreise erforderlich, die leicht zu einer ständigen Einrichtung führen kann.

2. Durchführung der hygienischen Belehrung durch Einflußnahme auf Schulen und Fortbildungsschulen zum Zwecke der Durchführung der von den zentralen Behörden angeordneten Maßnahmen zur Einführung des hygienischen Unterrichts in den Schulen. In Zusammenhang damit Mitwirkung bei den Ausbildungskursen für amtierende Lehrer. Weiterhin Ausbildungskurse für Aerzte, die sich der hygienischen Volksbelehrung widmen wollen, für Fürsorgerinnen, die sich ebenfalls der hygienischen Volksbelehrung widmen wollen, Unterweisung der Betriebsräte, Krankenkassenkontrolleure, technischen Aufsichtsbeamten der Berufsgenossenschaften, Beamten der Landesversicherungsanstalten in hygienischen Fragen usw., Beeinflussung der der Provinz unterstellten Anstalten, wie Lungenheilstätten, Hebammenlehranstalten usw., zur Einführung hygienischer Belehrung.

3. Lehrmittel — Anlage einer Lehrmittelsammlung —, die an die Unterausschüsse ausgeliehen werden können, wobei der Landesausschuß gern bereit ist, mit Ratschlägen und Geldmitteln zu helfen. Die Fühlungnahme mit der Land-Lichtbildgesellschaft und dem Land-Lichtspielausschuß des Deutschen Vereins für ländliche Wohlfahrts- und Heimatpflege wird hierbei von Wichtigkeit sein, ebenso die Zusammenarbeit mit den großen Wohlfahrtsverbänden. Die Beschaffung von hygienischen Ausstellungen und ihre planmäßige Verteilung und Begleitung durch sachkundige Personen in der Provinz gehört ganz besonders zu den Aufgaben der Provinzialausschüsse.

4. Förderung der hygienischen Volksbelehrung durch Beratung der Kreis- oder Ortsgesundheitsausschüsse und Weitergabe von Anregungen an diese. Beseitigung von Schwierigkeiten und Förderung, soweit dies durch Einflußnahme auf die Provinzialbehörden geschehen kann. Zu diesem Zwecke ist die Herausgabe einer besonderen Zeitschrift oder eines Nachrichtenblattes beabsichtigt, in dem den Provinzialgesundheitsausschüssen ein besonderer Platz für ihre Mitteilungen vorgesehen ist. Auch die Weitergabe von Anregungen aus der Provinz an die Geschäftsleitung des Landesausschusses dürfte zu den Aufgaben gehören.

5. Beschaffung der Geldmittel. Es muß daran festgehalten werden, daß die Provinzialgesundheitsausschüsse finanziell auf eigenen Füßen stehen. Nur ausgleichend und unterstützend, besonders für die Zeit der ersten Einrichtung, kann der Landesausschuß in Frage kommen. Dieser kann den Provinzialgesundheitsausschüssen nur Beihilfen für die erste Einrichtung in mäßiger Höhe gewähren. Zur Beschaffung der Geldmittel sind alle Stellen heranzuziehen, die Interesse an dieser Volksbelehrung haben, das ist die Provinzialverwaltung, Landesversicherungsanstalt, Aerzte- und Zahnärztekammer, Aerzte- und Zahnärztevereine, die Provinzialgruppen der Wohlfahrtsverbände, des Roten Kreuzes, die Landwirtschaftskammern usw.

Anlage II.

Richtlinien für die Einrichtung von Orts- oder Kreisausschüssen für hygienische Volksbelehrung (Orts- oder Kreisgesundheitsausschüsse).

Zusammensetzung.

Der gegebene Mittelpunkt für den Ortsausschuß ist das städtische Wohlfahrtsamt, für die Kreisausschüsse das Kreiswohlfahrtsamt (vergl. Runderlaß III G 291 des preußischen Ministers für Volkswohlfahrt vom 10. Juni 192[illegible] — Volkswohlfahrt S. 130 —). Wo solche nicht vorhanden sind, ist der Ortsverein einer der großen Wohlfahrtsverbände, wie das Zentralkomitee zur Bekämpfung der Tuberkulose, die Deutsche Gesellschaft zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten, die Deutsche Vereinigung für Säuglings- und Kleinkinderschutz, für Krüppelfürsorge, für Volkshygiene, oder eine Beratungs- oder Fürsorgestelle zum Ausgangs- oder Mittelpunkt der Bestrebungen zu machen.

Da bei der Gründung des Landesausschusses davon ausgegangen ist, daß die Selbständigkeit der auf diesem Gebiete bereits tätigen Organisationen nicht gestört werden soll, so ist es notwendig, daß diese Organisationen, soweit sie die Ortsgesundheitsausschüsse besitzen, bei der Bildung unserer Orts- oder Kreisgesundheitsausschüsse hinzugezogen werden. Darüber hinaus sollen aber auch alle diejenigen Kreise daran beteiligt werden, die Interesse an der hygienischen Volksbelehrung haben, sowie vor allen Dingen auch diejenigen, die als Vertreter des Kreises der Dozenten, der Hörer und der Geldgeber in Frage kommen. Bei der Zusammensetzung dürften je nach den lokalen Verhältnissen etwa folgende Persönlichkeiten bezw. Organisationen zu berücksichtigen sein:

das örtliche Wohlfahrtsamt oder das Kreiswohlfahrtsamt mit dem Kreisarzt und den Kommunalärzten, daneben auch die Jugendämter und die mit dem Schulwesen, der Volksbildung, der Jugend- oder Wohlfahrtspflege sonst betrauten Dezernate,
Mitglieder (am besten ärztliche) der Stadtverordnetenversammlung oder des Kreistages,
große Wohlfahrtsverbände,
Frauenvereine, Sozialbeamtinnenvereine,
ärztliche und zahnärztliche Vereine,
wo solche vorhanden, auch Vertreter des Lokalkomitees für das ärztliche Fortbildungswesen,
medizinische Fakultät,
Akademie für praktische Medizin,
Medizinaluntersuchungsamt,
Kreiskrüppelausschüsse,
Krankenkassen,
Gewerkschaften,
Bildungsausschüsse der politischen Parteien,
Lehrerschaft,
Rotes Kreuz, insbesondere der Vaterländische Frauenverein,
Volkshochschule,
Samariterverein,
Presse,
Geistlichkeit,
Einzelpersonen.

Was die Beteiligung von Naturheilvereinen angeht, so ist darauf hinzuweisen, daß der Landesausschuß sich nicht mit Heilkunde, sondern nur mit Vorbeugung beschäftigt, daß also die eigentlichen Methoden der Naturheilkunde, soweit sie auf eine Heilung von Krankheiten hinzielen, von vornherein als Gegenstand der Besprechung in der gleichen Weise wie medikamentöse, operative Behandlung als solche auszuscheiden sind, daß dagegen die einzelnen Faktoren, wie sie die Naturheilkunde benutzt, d. h. Licht, Luft, Wasser usw., soweit sie als Vorbeugungsmittel gegen Krankheiten in Frage kommen, bei der Belehrung in der ausgiebigsten Weise berücksichtigt werden sollen.

Der Landesausschuß steht auf dem Standpunkt, daß Mitglieder von Naturheilvereinen als Hörer immer willkommen sind, daß Naturheilkundige als

Vortragende dagegen abzulehnen sind, da sie im allgemeinen die notwendigen Kenntnisse der neuzeitlichen Hygiene nicht besitzen.

Gründung von Ortsgesundheitsausschüssen.

Die Gründung von Ortsgesundheitsausschüssen kann zweckmäßig bei Gelegenheit der Vorführung des von der Deutschen Gesellschaft zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten geschaffenen Films „Die Gefahren der Geschlechtskrankheiten" vorgenommen werden, ebenso wie im Anschluß an die von verschiedenen Stellen geschaffenen hygienischen oder Fürsorgeausstellungen (Ausstellung für Säuglingsfürsorge, für Krüppelfürsorge, für Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten usw.). Denn zur Durchführung dieser Bestrebungen ist an sich schon eine Zusammenfassung der interessierten Kreise erforderlich. Großer Wert ist von vornherein auf die Mitarbeit der Presse zu legen, die sie ja im allgemeinen für die Aufgaben der hygienischen Volksbelehrung trotz des jetzigen Papiermangels Interesse zu haben pflegt. Auch die Beziehungen zur Schule und Fortbildungsschule sowie zur Geistlichkeit sind für die Zwecke des Landesausschusses von großer Bedeutung.

Aufgaben.

Den Ortsgesundheitsausschüssen fällt die eigentliche Aufgabe der hygienischen Belehrung zu, die sich nicht allein mit der Veranstaltung öffentlicher Vorträge erschöpfen soll. Die öffentlichen Vorträge sind notwendig, um die Aufmerksamkeit auf die Bestrebungen des Ortsausschusses zu lenken und ihm dadurch Freunde zuzuführen. Ebenso wichtig sind aber auch die anderen Formen der Belehrung. Dahin rechnen wir Förderung des hygienischen Unterrichts in den Schulen und Fortbildungsschulen, Einflußnahme auf Elternabende, die Schulgemeinde, Kirchengemeinde im Sinne der hygienischen Volksbildung, Vorträge in Gesellschaften, Sport- usw. Vereinen, Mitteilungen an die örtliche Presse, Vorträge in Fabriken, speziell über Gewerbehygiene, besondere Unterweisungskurse für Geistliche, Lehrer, Krankenschwestern, Fürsorgerinnen, Mütter, Jugendpfleger, Jugendpflegerinnen, Krankenkassenkontrolleure usw. Bei Gelegenheit der öffentlichen Impfungen kann der Impfarzt, bei der Einstellung von Schulrekruten kann der Schularzt auf die anwesenden Verwandten in unserem Sinne einwirken. Sehr wirksam sind auch die Vorführung von Filmen, Ausstellungen, Anschläge in Straßenbahnen. Besonders ist die Anschaffung eines Projektionsapparates für die Unterstützung der mündlichen Vorträge von besonderer Bedeutung; Lichtbilder hierzu können von den Prozinzialausschüssen oder der Geschäftsleitung ausgeliehen werden.

Beschaffung der Geldmittel.

Es muß im allgemeinen daran festgehalten werden, daß die Ortsgesundheitsausschüsse finanziell auf eigenen Füßen stehen. Nur ausgleichend und unterstützend kann für die erste Zeit der Einrichtung der Landesausschuß zur Gewährung mäßiger Beihilfen in Frage kommen. Für die Beschaffung der Geldmittel sind alle Stellen heranzuziehen, die Interesse an der hygienischen Volksbelehrung haben, wie die Kommunen, Krankenkassen, Kirchengemeinden, hygienischen Verbände, die Bildungsausschüsse der politischen Parteien, Einzelpersonen usw. Es ist auch daran zu denken, daß man bei öffentlichen Vorträgen einen Teil der Unkosten durch Eintrittsgelder deckt, oder daß man bei den Vereinsvorträgen die Vereine die Kosten oder einen Teil der Unkosten tragen.

Staatliche Prüfung von Wohlfahrtspflegerinnen und Richtlinien für die Ausführung der Vorschriften. Erlaß des Ministers für Volkswohlfahrt vom 22. Oktober 1920 — III P 660 — an sämtliche Herrn Regierungspräsidenten.

Nachdem die Vorschriften über die staatliche Prüfung von Fürsorgerinnen vom 10. September 1918 — M. d. J. M. 2975, M. d. g. A. U III B 6802. 1 — und vom 29. März 1919 — M 311 II, M. f. W. usw. U III B 6106 III — die Grundlage für die Prüfung von Wohlfahrtspflegerinnen geschaffen haben, werden sie auf Grund der inzwischen gesammelten Erfahrungen durch die nachstehenden, im Einvernehmen mit dem Herrn Minister für Wissenschaft, Kunst und Volks-

bildung aufgestellten Vorschriften über die staatliche Prüfung von Wohlfahrtspflegerinnen zweckmäßig erweitert.

Die Bedeutung der Jugendwohlfahrt sowie der allgemeinen und wirtschaftlichen Wohlfahrtspflege hat mich veranlaßt, diese Wohlfahrtsgebiete neben der Gesundheitsfürsorge gebührend zu berücksichtigen, ohne daß dadurch eine schematisierende Gleichwertung der drei genannten Gruppen ausgesprochen werden soll.

Der Name Wohlfahrtspflegerin, der allen sozialen Berufsarbeiterinnen gleichermaßen gegeben wird, kennzeichnet ohne Zweifel nicht scharf die gemeinsame Eigenart ihrer Arbeit; aber er umfaßt doch das Wesen der meisten Gruppen von Sozialarbeitenden.

Im Prüfungsausschuß ist den Lehrkräften der Wohlfahrtsschule eine erhöhte Berücksichtigung zuteil geworden, weil sie durch ihre Kenntnis der Leistungsfähigkeit der Schülerinnen wie auch der methodischen Bearbeitung der Unterrichtsstoffe den Verlauf der Prüfung wesentlich fördern und ihr Ergebnis sichern können.

Um weiblichen Personen aller Bevölkerungsschichten den Eintritt in die Wohlfahrtsschule zu ermöglichen, ist auch die Volksschule mit nachfolgender Berufstätigkeit und schulwissenschaftlicher Vorprüfung als regelmäßiger Bildungsgang anerkannt worden.

Die fachliche Berufsschulung bildet die nächste Vorbereitung für den Eintritt in die Wohlfahrtsschule; sie konnte nur nach großen Richtlinien umschrieben werden und macht deshalb keinen Anspruch auf Vollständigkeit. Neben den verschiedenen Ausbildungsarten mit nachfolgender abschließender Prüfung wird auch die praktische Arbeit ohne Prüfungsergebnis als fachliche Berufsschulung voll gewertet.

Die Dauer des zusammenhängenden Lehrganges einer Wohlfahrtsschule ist auf zwei Jahre festgesetzt worden, weil die stetig wachsenden Anforderungen der Wohlfahrtspflege einschließlich der Gesundheitsfürsorge eine diesen Aufgaben angemessene praktische und theoretische Ausbildung verlangen.

Die Prüfung erstreckt sich auf allgemeine Fächer und Hauptfächer. Durch diese Scheidung darf aber in keiner Weise während des Lehrganges die allgemeine soziale Frauenbildung beeinträchtigt werden.

In welcher Weise während des Lehrganges auf das Hauptfach zweckentsprechend vorbereitet wird, sollen spätere Richtlinien zeigen.

Für die Zulassung zur staatlichen Prüfung ist kein Mindestalter festgesetzt worden; wohl aber wird die staatliche Anerkennung als Wohlfahrtspflegerin der Bewerberin erst mit dem vollendeten 24. Jahre erteilt, um dadurch die praktische Bewährung in der Sozialarbeit sicherzustellen.

Anbei übersende ich fünf Abdrucke dieser Vorschriften sowie der Richtlinien für die Ausführung einzelner Bestimmungen[1]) mit dem Ersuchen, diesen Erlaß und seine Anlagen im Amtsblatt der dortigen Regierung bekanntzumachen.

Mit Rücksicht auf den großen Bedarf an ausreichend vorgebildeten Wohlfahrtspflegerinnen werde ich mich in Einzelfällen damit einverstanden erklären, daß unter milder Auslegung des § 5 der Prüfungsvorschriften bis zum 31. Oktober 1921 zur staatlichen Prüfung als Wohlfahrtspflegerinnen auch solche Bewerberinnen zugelassen werden, die den Voraussetzungen des § 4 der Prüfungsordnung nicht in vollem Umfange entsprechen. Dahingehende Gesuche um Zulassung zur Prüfung sind unter Beifügung der erforderlichen Nachweise an den zuständigen Regierungspräsidenten (in Berlin an den Polizeipräsidenten) zu richten und von diesem mit den Gutachten des Provinzialschulkollegiums und des Prüfungsausschusses, vor dem die Prüfung abgelegt werden soll, sowie mit einer eigenen Aeußerung mir zur Entscheidung vorzulegen.

Vorstehender Erlaß nebst Anlagen wird in der „Volkswohlfahrt", dem Amtsblatt meines Ministeriums, und im „Zentralblatt für die gesamte Unterrichtsverwaltung in Preußen" veröffentlicht werden.

---

[1]) Die Ausführungsvorschriften sind an zutreffender Stelle in Anmerkung beigefügt.

Abdrucke dieses Erlasses für die Landräte, Gemeindevorstände der kreisfreien Städte und Kreisärzte sind beigefügt.

Vorschriften über die staatliche Prüfung von Wohlfahrtspflegerinnen.

§ 1. Staatliche Prüfungen von Wohlfahrtspflegerinnen finden an Unterrichtsanstalten statt, die als Wohlfahrtsschulen staatlich anerkannt sind.[1])

§ 2. Der Prüfungsausschuß wird von mir berufen. Er besteht aus einem Staatskommissar als Vorsitzenden, einem Vertreter des Provinzialschulkollegiums und in der Regel aus fünf von der Schulleitung vorzuschlagenden Lehrkräften der Schule. Die als Prüfungsstellen dienenden Schulen, die Sitze der Prüfungsausschüsse und die Namen ihrer Vorsitzenden werden durch die „Volkswohlfahrt", dem Amtsblatt meines Ministeriums, und das „Zentralblatt für die gesamte Unterrichtsverwaltung in Preußen" bekanntgemacht.

§ 3. Die Zulassungsgesuche sind dem Vorsitzenden des Prüfungsausschusses, vor dem die Ablegung der Prüfung beabsichtigt ist, bis zum 1. Januar oder 1. Juli einzureichen.[2]) In dem Gesuch ist anzugeben, welches der drei nachfolgend aufgeführten Fächer die Bewerberin als Hauptfach wählt:

1. Gesundheitsfürsorge,
2. Jugendwohlfahrtspflege,
3. Allgemeine und wirtschaftliche Wohlfahrtspflege.

Im übrigen erstreckt sich die mündliche Prüfung auf die unter § 11 Ziffer 1 genannten allgemeinen Fächer.

§ 4. Dem Zulassungegesuch sind beizufügen:

1. eine Geburtsurkunde;
2. ein eigenhändig geschriebener und unterschriebener Lebenslauf;
3. ein behördliches Leumundszeugnis;
4. der Nachweis des erfolgreich abgeschlossenen Besuches eines Lyzeums oder der entsprechenden Klasse einer anderen höheren Lehranstalt, einer anerkannten Mädchenmittelschule oder einer höheren Mädchenschule, deren Abgangszeugnis dem einer Mädchenmittelschule als gleichwertig anerkannt ist, einer Volksschule mit nachfolgender praktischer Berufsbildung; Absolventinnen der Volksschule und solche Bewerberinnen, die nicht den Nachweis des Abschlusses der in Frage kommenden Schulbildungen erbringen können, werden zur Prüfung zugelassen, wenn sie vor dem Eintritt in die Wohlfahrtsschule eine schulwissenschaftliche Vorprüfung nach staatlichen Vorschriften ablegen. Ueber die Zulassung zur Vorprüfung entscheidet der Vorsitzende des Prüfungsausschusses im Einvernehmen mit dem Provinzialschulkollegium, das für die Regelung und Abhaltung der Vorprüfung zuständig ist;

---

[1]) Die staatliche Anerkennung im Sinne des § 1 der Prüfungsvorschriften wird von mir solchen Wohlfahrtsschulen auf Antrag erteilt, die in ihren Lehrplänen und Lehrkräften, in ihrer Leitung und ihren Einrichtungen hinreichende Gewähr für eine ordnungsmäßige Ausbildung der Wohlfahrtspflegerinnen bieten. Die Anträge auf staatliche Anerkennung sind an den zuständigen Regierungspräsidenten — in Berlin an den Polizeipräsidenten — zu richten und von diesem mit dem Gutachten des Provinzialschulkollegiums mir zur Enscheidung vorzulegen

Voraussetzung für die staatliche Anerkennung einer Wohlfahrtsschule ist der Nachweis, daß die theoretische und praktische Ausbildung der Schülerinnen sich vorwiegend auf die im § 11 der Prüfungsordnung bezeichneten Gebiete erstreckt und daß diese Ausbildung nicht durch ein Uebermaß von Unterricht auf anderen Wissensgebieten beeinträchtigt wird.

Die von der Wohlfahrtsschule gemäß § 2 vorzulegenden Vorschläge über die Zusammensetzung des Prüfungsausschusses sind dem zuständigen Regierungspräsidenten — in Berlin dem Polizeipräsidenten — einzureichen und von diesem mit dem Gutachten des Provinzialschulkollegiums mir vorzulegen.

[2]) Der Zeitpunkt der Prüfung ist von dem Vorsitzenden des Prüfungsausschusses mit den als Prüfungsstellen dienenden Schulen mindestens drei Monate vor Beginn der Prüfung zu vereinbaren und von den Schulen den Bewerberinnen auf Anfrage mitzuteilen.

5. der Nachweis einer fachlichen Berufsschulung, die durch eine der nachfolgenden Ausbildungsarten erbracht werden kann:

a) für das Hauptfach Gesundheitsfürsorge durch die staatliche Prüfung als Kranken- oder Säuglingspflegerin;

b) für das Hauptfach Jugendwohlfahrtspflege

I. durch die staatliche Prüfung als Kindergärtnerin, Hortnerin oder Jugendleiterin,

II. durch die staatliche Prüfung als wissenschaftliche oder technische Lehrerin (Lehrerin für Hauswirtschaft oder Nadelarbeiten),

III. durch das Abschlußzeugnis einer zweijährigen Frauenschule oder durch den erfolgreichen Besuch einer einjährigen Frauenschule mit nachfolgender einjähriger berufsmäßiger Arbeit in der Wohlfahrtspflege,

IV. durch den Nachweis einer dreijährigen erfolgreichen Berufstätigkeit in der Wohlfahrtspflege,[3] die sich für Inhaberinnen des Reifezeugnisses einer Studienanstalt oder des wissenschaftlichen Reifezeugnisses eines Oberlyzeums um 2 Jahre verkürzt;

c) für das Hauptfach Allgemeine und wirtschaftliche Wohlfahrtspflege

I. durch eine der unter 5 b II, III und IV genannten Ausbildungsarten,

II. durch das Abschlußzeugnis einer wirtschaftlichen Frauenschule auf dem Lande oder einer Landpflegeschule oder einer vom Ministerium für Handel und Gewerbe auf Grund des Erlasses vom 25. September 1918 (HMBl S. 258) anerkannten Gewerbe- und Haushaltungsschule unter Voraussetzung einer einjährigen Berufstätigkeit in der Wohlfahrtspflege,

III. durch die Abschlußprüfung einer anerkannten Handelsschule und den Nachweis einer einjährigen erfolgreichen Berufstätigkeit oder durch vierjährige erfolgreiche Berufstätigkeit;

6. der Nachweis einer zweijährigen erfolgreichen Teilnahme an einem zusammenhängenden Lehrgang einer staatlich anerkannten Wohlfahrtsschule;[3])

7. ein amtsärztliches Gesundheitszeugnis über die Eignung für den Beruf als Wohlfahrtspflegerin.

Der Vorsitzende des Prüfungsausschusses entscheidet über die Zulassung zur Prüfung vorbehaltlich der Bestimmungen in § 5.

§ 5. Ob und unter welchen Voraussetzungen Bewerberinnen, die den Bedingungen des § 4 nicht entsprechend, auf Grund einer anderen als gleichwertig anzusehenden Vorbildung ausnahmsweise zur Prüfung zugelassen werden können, wird von mir nach Anhörung des Provinzialschulkollegiums entschieden.[4])

§ 6 Die Gebühren für die Prüfung betragen 60 M. und sind vor Beginn der Prüfung zu entrichten. Wer von der Prüfung vor ihrem Beginn zurücktritt, erhält die Hälfte der bereits entrichteten Prüfungsgebühren zurückerstattet.[5])

§ 7. Die Ladung zur Prüfung soll der Bewerberin durch den Vorsitzenden des Prüfungsausschusses spätestens zwei Wochen vor der Prüfung zugehen.

---

[3]) Die Nachweise über die vorgeschriebene erfolgreiche Teilnahme an einem zweijährigen Lehrgang in einer staatlich anerkannten Wohlfahrtsschule sind durch Bescheinigungen der Leitung der Schule zu führen. Die Lehrgänge dürfen, abgesehen von den Ferien, nicht durch längere Pausen unterbrochen gewesen sein.

[4]) Die in den Fällen des § 5 an mich zu richtenden Gesuche sind dem zuständigen Regierungspräsidenten — in Berlin dem Polizeipräsidenten — und von diesem mit einer gutachtlichen Aeußerung des Provinzialschulkollegiums und des Prüfungsausschusses, vor dem die Prüfung abgelegt werden soll, mir vorzulegen.

[5]) Die Gebühren sind vor der Prüfung an die Wohlfahrtsschule, in der die Prüfung stattfinden soll, zu zahlen. Von den Gebühren erhält der Vorsitzende des Prüfungsausschusses ein Drittel (einschließlich der Entschädigung für sächliche Unkosten); der Restbetrag fällt zu gleichen Teilen an die anderen Mitglieder des Prüfungsausschusses. Sonstige Entschädigungen, wie z. B. Reisekosten und Tagegelder, werden den Mitgliedern der Prüfungsauschüsse nicht gewährt.

§ 8. Die Prüfung zerfällt in einen schriftlichen und mündlichen Teil. Zwischen beiden Prüfungen müssen mindestens drei prüfungsfreie Tage liegen.

§ 9. Der Vorsitzende leitet die Prüfung. Er bestellt bei Behinderung eines Mitgliedes des Prüfungsausschusses einen Vertreter und bestimmt nach Anhörung von Vorschlägen der Mitglieder die Aufgaben für die schriftliche Prüfung.

§ 10. Für die schriftliche Prüfung wird der Bewerberin eine Aufgabe gestellt, die sie unter Aufsicht in vier Stunden auszuarbeiten hat. Diese Aufgabe ist dem Gebiet zu entnehmen, das die Bewerberin als Hauptfach gewählt hat.[6])

§ 11. Die mündliche Prüfung[7]) zerfällt in zwei Teile:

1. in die Prüfung in den allgemeinen Fächern der Wohlfahrtspflege, sofern sie nicht Gegenstand des Hauptfaches sind:
a) Allgemeine Gesundheitslehre,
b) Spezielle Gesundheitslehre,
c) Seelenkunde,
d) Erziehungslehre,
e) Volksbildungsfragen,
f) Volkswirtschaftslehre,
g) Sozialpolitik und Sozialversicherung,
h) Staats- und Rechtskunde,
i) Wohlfahrtskunde;

2. in die Prüfung in den Hauptfächern, die ein umfassendes und vertieftes Wissen in den aufgezählten Gebieten feststellen soll:

a) Gesundheitsfürsorge; sie umfaßt die soziale Gesundheitslehre und soziale Gesundheitsfürsorge;

b) Jugendwohlfahrtspflege; sie umfaßt Jugendpflege, Jugendfürsorge, Kleinkinder- und Schulkinderfürsorge;

c) Allgemeine und wirtschaftliche Wohlfahrtspflege; sie umfaßt Sozialpolitik, Wirtschaftsfürsorge, Arbeits- und Berufsfragen.

Die Bewerberin kann die Prüfung in einem anderen Hauptfach zu dem nächstfolgenden Prüfungstermin ablegen, sofern sie die Voraussetzungen dazu erfüllt hat (§ 4).

§ 12 Bei Beurteilung der praktischen Leistungen der Bewerberinnen ist das dem Prüfungsausschuß zu unterbreitende Urteil der Wohlfahrtsschule über die praktische Arbeit der Schülerinnen in der Wohlfahrtspflege maßgebend. Wenn die Bewerberin sich in ihr nicht bewährt hat, wird sie zur Prüfung nicht zugelassen.

§ 13. Gegenstand und Ergebnis der Prüfung werden für jede Schülerin in einer besonderen Niederschrift vermerkt. Sie ist von dem Vorsitzenden und den Mitgliedern des Prüfungsausschusses zu unterzeichnen.

§ 14. Die Leistungen der Bewerberinnen in der praktischen Arbeit (§ 12), in der schriftlichen Prüfung (§ 10) und in den einzelnen Fächern der mündlichen Prüfung (§ 11) werden mit sehr gut (1), gut (2), genügend (3), nicht genügend (4) gewertet. Danach wird auch ein Gesamturteil sowohl für das Hauptfach, wie für die allgemeinen Fächer festgesetzt.

---

[6]) Die Aufgabe für die schriftliche Prüfung ist unter Aufsicht eines Mitgliedes des Prüfungsausschusses anzufertigen. Nachdem die schriftliche Arbeit abgeliefert worden ist, wird sie zunächst von dem Mitglied des Prüfungsauschusses, auf dessen Vorschlag die Aufgabe gestellt wurde, in einem schriftlichen Gutachten beurteilt und dann dem Vorsitzenden sowie den übrigen Mitgliedern zu gleichem Zwecke vorgelegt.

[7]) Die Dauer der mündlichen Prüfung soll so geregelt werden, daß unter Annahme einer Zahl von höchstens 10 Prüflingen vormittags und nachmittags je 2 bis 3 Stueden geprüft und dazwischen eine mindestens zweistündige Mittagspause eingeschaltet wird. Doch wäre auch eine 4 bis 5 stündige, über den ganzen Vormittag sich erstreckende Prüfung unter der Voraussetzung zulässig, daß die Prüfung innerhalb dieser Zeit beendet wird.

Die Bewerberin hat die Prüfung nicht bestanden, wenn sie in einem der beiden Prüfungsteile (Hauptfach, allgemeine Fächer) das Gesamturteil „nicht genügend“ (4) erhalten hat.

§ 15. Tritt eine Bewerberin ohne eine nach dem Urteil des Vorsitzenden genügende Entschuldigung im Laufe der Prüfung zurück, so hat sie die Prüfung vollständig zu wiederholen. Eine Rückgabe der Gebühren findet in diesem Falle nicht statt. Die Wiederholung der nicht bestandenen oder ohne Entschuldigung nicht vollendeten Prüfung ist in der Regel nur einmal und frühestens nach 6 Monaten, spätestens nach 3 Jahren zulässig. Ueber die Zulassung von Ausnahmen entscheide ich.

§ 16. Der Bewerberin wird das Ergebnis der Prüfung vom Vorsitzenden mitgeteilt. Sie erhält die unter § 4, Nr. 4 und 5 aufgeführten Nachweise zurück. Die Prüfungsarbeiten verbleiben bei den Akten des Prüfungsausschusses.

§ 17. Nach bestandener Prüfung hat die Bewerberin ein Probejahr in der praktischen sozialen Arbeit abzuleisten. Der Regierungspräsident — in Berlin der Polizeipräsident — ist verpflichtet, eine Bescheinigung der unteren Verwaltungsbehörde (Landrat, Magistrat, Bürgermeister) oder des Kreisarztes oder der Leitung einer der Wohlfahrtspflege dienenden Stelle, die vom Regierungspräsidenten als Ausbildungsstätte anerkannt ist, über die Bewährung und Führung der Bewerberin während dieser Zeit einzufordern. Auf Grund dieser Bescheinigung erfolgt die **staatliche Anerkennung als Wohlfahrtspflegerin**, falls die Bewerberin das 24. Lebensjahr vollendet hat.

Ich behalte mir vor, von der Ableistung dieses Probejahres auf Vorschlag des Regierungspräsidenten — in Berlin des Polizeipräsidenten — ganz oder teilweise zu befreien, wenn die Bewerberin nachweist, daß sie eine ausreichende praktische Tätigkeit bereits vor Eintritt in die Wohlfahrtsschule ausgeübt hat.

§ 18. Die staatliche Anerkennung als Wohlfahrtspflegerin wird auf Antrag des Prüfungsausschusses vom Regierungspräsidenten — in Berlin vom Polizeipräsidenten — erteilt. An ihn sind vom Vorsitzenden des Prüfungsausschusses die Prüfungsverhandlungen und Zeugnisse (§ 14), von der Bewerberin der Nachweis über das von ihr geleistete Probejahr bezw. die auf Grund des § 17 erhaltene Befreiung von dieser Ableistung einzureichen. Ueber die staatliche Anerkennung als Wohlfahrtspflegerin wird ein Zeugnis nach dem anliegenden Muster A ausgestellt, dessen Urschrift bei den Akten verbleibt.

§ 19. Wohlfahrtspflegerinnen, die vor dem Erlaß dieser Prüfungsbestimmungen eine gleichwertige Ausbildung und eine dreijährige erfolgreiche Tätigkeit in der Wohlfahrtspflege, die ohne längere Unterbrechungen ausgeübt wurde, durch Zeugnisse der unteren Verwaltungsbehörde (Landrat, Magistrat, Bürgermeister) oder des Kreisarztes oder der Leitung einer der Wohlfahrtspflege dienenden Stelle nachweisen, kann die staatliche Anerkennung als Wohlfahrtspflegerin ohne vorherige Prüfung erteilt werden. Der Antrag ist bis zum 31. Oktober 1923 bei dem für den Wohnsitz der Antragstellerin zuständigen Regierungspräsidenten — in Berlin bei dem Polizeipräsidenten — einzureichen, der vor seiner Entschließung den Prüfungsausschuß einer staatlich anerkannten Wohlfahrtsschule seines Bezirks gutachtlich zu hören hat. Sind mehrere Prüfungsausschüsse im Bezirk, so bestimmt der Regierungspräsident — in Berlin der Polizeipräsident —, welcher Prüfungsausschuß zu hören ist. Wenn besonders dringende Gründe vorliegen, der Prüfungsausschuß es befürwortet und der Nachweis einer mehr als fünfjährigen erfolgreichen Tätigkeit in der Wohlfahrtspflege erbracht wird, so kann ausnahmsweise der Besuch eines Ausbildungslehrganges in der Wohlfahrtsschule erlassen werden.

Ueber die Erteilung der staatlichen Anerkennung in den vorstehend bezeichneten Fällen entscheide ich.

§ 20. In dem Falle des § 19 ist ein Ausweis nach dem beiliegenden Muster B zu erteilen.

§ 21. Die staatliche Anerkennung als Wohlfahrtspflegerin kann von dem zuständigen Regierungspräsidenten — in Berlin von dem Polizeipräsidenten — zurückgenommen werden, wenn hinsichtlich einer Wohlfahrtspflegerin Tatsachen vorliegen, die den Mangel derjenigen Eigenschaften dartun, die für die Ausübung des Berufes einer Wohlfahrtspflegerin unerläßlich sind, oder wenn die Wohl-

fahrtspflegerin den in Ausübung der staatlichen Aufsicht erlassenen Vorschriften beharrlich zuwiderhandelt.[8])

§ 22. Ob die in einem anderen deutschen Lande auf Grund gleicher Vorschriften erfolgte staatliche Anerkennung als Fürsorgerin auch für das preußische Staatsgebiet gilt, bleibt meiner Entscheidung vorbehalten.

§ 23. Diese Vorschriften treten am 1. November 1920 in Kraft.

§ 24. Die Vorschriften über die staatliche Prüfung von Fürsorgerinnen vom 10 September 1918 — M. O. J. M 2975. M d. g. A. U III B 6802. 1 — und vom 29 März 1919 — M 311 II, M. f. W. usw. U III B 6106 III — werden mit der Maßgabe aufgehoben, daß alle Bewerberinnen, die vor dem Inkrafttreten dieser Vorschriften (§ 23) in eine Wohlfahrtsschule eingetreten sind, bis zum 31. Oktober 1922 noch nach den Vorschriften vom 10. September 1918 und vom 29. März 1919 geprüft werden können

Muster A.

Ausweis für staatlich anerkannte Wohlfahrtspflegerinnen.

. . . . aus . . . ., geboren am . . . . in . . . . . ., Regierungsbezirk . . . . . ., die vor dem staatlichen Prüfungsausschuß in . . . . . . die Prüfung als Wohlfahrtspflegerin, Hauptfach . . . . . ., bestanden und das vorgeschriebene Probejahr mit Erfolg abgelegt hat, wird hiermit staatlich als Wohlfahrtspflegerin anerkannt

Für den Fall, daß Tatsachen bekannt werden, die den Mangel derjenigen Eigenschaften dartun, die zur Ausübung des Berufs einer Wohlfahrtspflegerin erforderlich sind, oder daß die Wohlfahrtspflegerin den in Ausübung der staatlichen Aufsicht erlassenen Vorschriften beharrlich zuwiderhandelt, kann die Zurücknahme der Anerkennung erfolgen.

. . . ., den . . . . 192. .

(Dienststempel.) Firma . . . .

(Unterschrift.)

Muster B.

Ausweis für staatlich anerkannte Wohlfahrtspflegerinnen.

. . . . aus . . . ., geboren am . . . . in . . . . . ., Regierungsbezirk . . . . . ., die den Nachweis der Ausbildung in der Wohlfahrtspflege, Hauptfach . . . . . ., erbracht hat und die zur Ausübung des Berufs einer Wohlfahrtspflegerin erforderlichen Eigenschaften besitzt, wird hiermit staatlich als Wohlfahrtspflegerin anerkannt.

Für den Fall, daß Tatsachen bekannt werden, die den Mangel derjenigen Eigenschaften dartun, die zur Ausübung des Berufes einer Wohlfahrtspflegerin erforderlich sind, oder daß die Wohlfahrtspflegerin den in Ausübung der staatlichen Aufsicht erlassenen Vorschriften beharrlich zuwiderhandelt, kann die Zurücknahme der Anerkennung erfolgen.

. . . ., den . . . . 192. .

(Dienststempel.) Firma . . . .

(Unterschrift.)

C. Lippe.

Bekämpfung gemeingefährlicher und anderer übertragbarer Krankheiten. Gesetz vom 12. April 1920.

§ 1. Die Bekämpfung gemeingefährlicher Krankheiten (Reichsgesetz vom 30. Juni 1900) und anderer übertragbarer Krankheiten wird dem Landeswohlfahrtsamt überwiesen, das die ihm zustehenden Befugnisse auf seine Angestellten, die Kreisärzte und Bezirksfürsorgerinnen übertragen kann. Letzteren können auch die den Kreisärzten aus diesem Gesetze zustehenden Befugnisse ganz oder teilweise übertragen werden.

---

[8]) Gegen den die Anerkennung zurücknehmenden Bescheid kann Beschwerde bei mir erhoben werden. Derjenigen Behörde, die die Anerkennung ausgesprochen hatte, ist von der Rücknahme der Anerkennung Mitteilung zu machen; sie hat auf der Urschrift des Zeugnisses einen entsprechenden Vermerk zu machen.

I. Anzeigepflicht.

§ 2. (1) Jede Erkrankung und jeder Todesfall

A an den gemeingefährlichen Krankheiten:

1. Aussatz (Lepra), 2. Cholera (asiatischer), 3. Fleckfieber (Flecktyphus), 4. Gelbfieber, 5. Milzbrand, 6. Pest (orientalischer Beulenpest), 7. Pocken (Blattern);

B an anderen übertragbaren Krankheiten, und zwar;

1. Diphtherie, 2. Fleisch-, Fisch-, Wurst- und Konservenvergiftung, 3. Genickstarre (übertragbarer), 4 Kindbettfieber, 5. Körnerkrankheit, 6. Rotz, 7. Rückfallfieber, 8. Ruhr, übertragbarer (Dysenterie), 9. Schanker, 10. Scharlach, 11. Spinaler Kinderlähmung, 12. Syphilis, auch Schälblasen der Neugeborenen, 13. Tollwut, sowie Bißverletzungen durch tolle oder der Tollwut verdächtige Tiere, 14 Trichinose, 15. Tripper und der durch Tripper entstehenden eitrigen Augenentzündung, 16. Tuberkulose (ansteckungsfähiger), 17. Typhus und Paratyphus, 18. Wurmkrankheit ist dem Landeswohlfahrtsamt binnen 12 Stunden nach erlangter Kenntnis anzuzeigen Ein Todesfall ist auch dann anzuzeigen, wenn der Erkrankungsfall bereits angezeigt war.

Erkrankungen oder Todesfälle an gemeingefährlichen Krankheiten (A 1—7) sind außerdem binnen 12 Stunden nach erlangter Kenntnis der zuständigen Polizeibehörde anzuzeigen.

(2) Der gleichen Anzeige bedarf es ferner in allen Erkrankungs- und Todesfällen, bei denen der Verdacht besteht auf

A 1. Aussatz, 2. Cholera, 3. Fleckfieber, 4. Gelbfieber, 5. Milzbrand, 6. Pest, 7. Pocken.

B 1. Diphtherie, 2 Genickstarre (übertragbarer), 3. Kindbettfieber, 4. Rotz, 5. Ruhr, übertragbare (Dysenterie), 6. Schanker, 7. Scharlach, 8. Spinale Kinderlähmung, 9. Syphilis, auch Schälblasen bei Neugeborenen, 10. Trichinose, 11. Tripper und die durch Tripper entstehende eiterige Augenentzündung, 12. Typhus und Paratyphus.

Die Anzeige über den Verdacht auf eine der vorgenannten Krankheiten befreit **nicht** von der abermaligen Anzeige nach Feststellung der Krankheit.

(3) Wechselt der Kranke die Wohnung oder den Aufenthaltsort, so ist dies unverzüglich bei der Polizeibehörde des bisherigen und des neuen Aufenthaltsortes zur Anzeige zu bringen.

§ 3. (1) Zur Anzeige sind verpflichtet:

1. der zugezogene Arzt
2. der Haushaltungsvorstand
3. jede sonst mit der Behandlung oder Pflege des Erkrankten beschäftigte Person
4. die Lehrer (§ 17)
5. derjenige, in dessen Wohnung oder Behausung der Erkrankungs- oder Todesfall sich ereignet hat
6. der Leichenschauer.

Die Verpflichtung der unter 2—6 genannten Personen tritt nur dann ein, wenn ein früher genannter Verpflichteter nicht vorhanden ist.

(2) Für Krankheits- und Todesfälle, die sich in Kranken-, Entbindungs-, Pflege-, Gefangenen- und ähnlichen Anstalten ereignen, ist der Vorsteher der Anstalt oder die von der zuständigen Stelle damit beauftragte Person ausschließlich zur Erstattung der Anzeige verpflichtet.

(3) Auf Schiffen oder Flößen gilt als der zur Erstattung der Anzeige verpflichtete Haushaltungsvorstand der Schiffer oder Floßführer oder deren Stellvertreter.

§ 4 Die Anzeige kann mündlich (telephonisch) oder schriftlich erstattet werden und muß die in den Ausführungsbestimmungen vorgeschriebenen Angaben enthalten. Mündliche und telephonische Anzeigen sind innerhalb 12 Stunden schriftlich zu wiederholen. Mit Aufgabe zur Post gilt die schriftliche Anzeige als erstattet. Die Polizeibehörden haben auf Verlangen die zur schriftlichen Anmeldung vorgeschriebenen Vordrucke unentgeltlich zu verabfolgen.

Die Anzeige ist von dem behandelnden Arzte in jedem Falle zu erstatten, auch wenn er die Behandlung nicht übernimmt, sondern eine sofortige Ueberführung ins Krankenhaus anordnet.

§ 5. Durch besondere Verordnung des Landeswohlfahrtsamts können die in den §§ 2—4 enthaltenen Bestimmungen über die Anzeigepflicht, sowie die nachfolgenden Bestimmungen über die Ermittelung und die Schutzmaßregeln (§§ 6 bis 22) auch auf andere übertragbare Krankheiten vorübergehend ausgedehnt werden, wenn und solange sie in epidemischer Verbreitung auftreten.

II. Ermittlung der Krankheit.

§ 6. (1) Das Landeswohlfahrtsamt hat, sobald es von dem Ausbruche oder dem Verdachte des Auftretens einer der in § 2 genannten Krankheiten

A 1. Aussatz, 2. Cholera, 3. Fleckfieber, 4. Gelbfieber, 5. Milzbrand, 6. Pest, 7. Pocken.

B 1. Diphtherie, 2. Genickstarre (übertragbarer), 3. Kindbettfieber, 4. Rotz, 5. Ruhr, übertragbare (Dysenterie), 6. Scharlach, 7. Spinale Kinderlähmung, 8. Trichinose, 9. Typhus und Paratyphus Kenntnis erhält, ungesäumt und auf dem kürzesten Wege den zuständigen Kreisarzt und die zuständigen Polizeibehörden zu benachrichtigen Bei den übrigen in § 2 genannten Krankheiten ist in gleicher Weise nur der Kreisarzt zu benachrichtigen. Dieser hat alsdann, sofern das Landeswohlfahrtsamt nicht andere Anordnungen trifft, unverzüglich an Ort und Stelle Ermittelungen über die Art, den Stand und die Ursache der Krankheit vorzunehmen und bei den unter A und B vorstehend aufgeführten Krankheiten der Polizeibehörde eine Erklärung darüber abzugeben ob der Ausbruch der Krankheit festgestellt oder der Verdacht des Ausbruches begründet ist.

(2) Der Kreisarzt hat sofort die Ermittelung selbständig vorzunehmen, wenn ihm der Ausbruch einer der im § 2 genannten Krankheiten unmittelbar bekannt wird.

§ 7. (1) Dem Kreisarzt ist, soweit er dies zur Feststellung der Krankheit für erforderlich und ohne Schädigung des Kranken für zulässig hält, der Zutritt zu dem Kranken oder zur Leiche und die Vornahme der zu den Ermittelungen über die Krankheit erforderlichen Untersuchungen zu gestatten. Auch ist bei Cholera-, Gelbfieber-, Milzbrand-, Pest-, Rotz-, Ruhr-, Tollwut-, Trichinose- und Typhusverdacht eine Oeffnung der Leiche polizeilich anzuordnen, wenn der Kreisarzt dies zur Feststellung der Krankheit für erforderlich hält.

(2) Der behandelnde Arzt ist berechtigt, den Untersuchungen, namentlich auch der Leichenöffnung, beizuwohnen.

(3) Die in § 3 aufgeführten Personen sind verpflichtet, über alle für die Entstehung und den Verlauf der Krankheit wichtigen Umstände dem Kreisarzt und der zuständigen Polizeibehörde auf Befragen Auskunft zu erteilen.

§ 8. Ist nach dem Gutachten des Kreisarztes der Ausbruch der Krankheit festgestellt oder der Verdacht des Ausbruchs begründet, so hat die Polizeibehörde unverzüglich die vom Kreisarzt für erforderlich erachteten Schutzmaßregeln zu treffen.

§ 9. Bei Gefahr im Verzuge hat der Kreisarzt schon vor dem Einschreiten der Polizeibehörde die zur Verhütung der Verbreitung der Krankheit zunächst erforderlichen Maßregeln anzuordnen und sie den Beteiligten schriftlich mitzuteilen. Auf dem Lande hat der Ortsvorsteher den vom Kreisarzt getroffenen Anordnungen Folge zu leisten. Von den Anordnungen hat der Kreisarzt sofort der Polizeibehörde schriftlich Mitteilung zu machen. Sie bleiben solange in Kraft, bis von der zuständigen Behörde anderweitige Verfügung getroffen wird.

§ 10 Für Ortschaften und Bezirke, die von einer der im § 2 angeführten Krankheiten befallen oder bedroht sind, ist durch die zuständige Behörde anzuordnen, daß jede Leiche vor der Bestattung einer amtlichen Besichtigung (Leichenschau) unterworfen wird, wenn der Kreisarzt die Maßregel für notwendig erklärt.

III. Schutzmaßregeln.

§ 11. Zur Verhütung der Verbreitung der gemeingefährlichen Krankheiten (§ 2 A) finden außer den vom Reiche besonders erlassenen oder zu erlassenden Ausführungsbestimmungen die in den §§ 12—25 enthaltenen Schutz-

maßregeln Anwendung. Für die übrigen übertragbaren Krankheiten (§ 2 B) und die etwa auf Grund des § 5 der Anzeigepflicht unterworfenen sind die gleichen Bestimmungen maßgebend. Die Anfechtung der Anordnungen hat keine aufschiebende Wirkung.

§ 12. Kranke und krankheits- oder ansteckungsverdächtige Personen sind einer Beobachtung zu unterwerfen, wenn das Landeswohlfahrtsamt oder der Kreisarzt es für notwendig erklären. Eine Beschränkung in der Wahl des Aufenthaltsortes oder der Arbeitsstätte ist zu diesem Zwecke nur bei Personen zulässig, welche obdachlos oder ohne festen Wohnsitz sind oder berufs- oder gewohnheitsmäßig umherziehen.

§ 13. Personen, die an einer gemeingefährlichen Krankheit leiden, dürfen ohne polizeiliche Erlaubnis sich weder aus einer Wohnung (Unterkunft, Schlafsaal, Obdach usw.) in eine andere, noch aus einer Ortschaft in die andere begeben oder fortgeschafft werden, soweit es sich nicht um ihre unmittelbare Ueberführung in die zunächst gelegene, geeignete Krankenanstalt handelt. Für die anderen übertragbaren Krankheiten gilt die gleiche Bestimmung, falls das Landeswohlfahrtsamt oder der Kreisarzt die Anordnung für notwendig erachten.

§ 14. Das Landeswohlfahrtsamt kann für den Umfang des ganzen Landes oder für Teile desselben anordnen, daß zureisende Personen, sofern sie sich innerhalb einer bestimmten Frist vor ihrer Ankunft in Ortschaften oder Bezirken aufgehalten haben, in welchen eine gemeingefährliche oder eine andere übertragbare Krankheit ausgebrochen ist, nach ihrer Ankunft der Polizeibehörde zu melden sind.

Tuberkulöse, die in einer Familie zur Erholung untergebracht werden, bedürfen dazu der Genehmigung der für diese Familie zuständigen Polizeibehörde. Diese ist zu versagen, wenn der Kreisarzt die Unterbringung wegen der Gefahr der Weiterverbreitung der Krankheit nicht für zulässig erklärt.

§ 15. (1) Für Kranke und krankheits- oder ansteckungsverdächtige Personen ist eine Absonderung anzuordnen, wenn der Kreisarzt es für notwendig erklärt.

(2) Die Absonderung kranker Personen hat im allgemeinen derart zu erfolgen, daß der Kranke mit anderen, als den zu seiner Pflege bestimmten Personen, dem Arzte oder dem Seelsorger, nicht in Berührung kommt und eine Verbreitung der Krankheit tunlichst ausgeschlossen ist. Angehörigen und Urkundspersonen ist, soweit dies zur Erledigung wichtiger und dringender Angelegenheiten geboten ist, der Zutritt zu dem Kranken unter Beobachtung der erforderlichen Maßregeln gegen eine Weiterverbreitung der Krankheit gestattet. Für Personen, die an ansteckungsfähiger Tuberkulose leiden, können diese Bestimmungen gemildert werden. Solche Personen haben sich jedoch einer Beobachtung durch die Tuberkulosefürsorgestelle ihres Bezirkes zu unterziehen. Sie haben in den Beratungsstunden für Tuberkulose auf Anordnung des Kreisarztes oder des Fürsorgearztes zu erscheinen, soweit sie nicht infolge ihres Zustandes daran verhindert sind. Alle geforderten Auskünfte sind wahrheitsgemäß zu geben. Die gegebenen Anordnungen sind genau zu befolgen. Die Untersuchung der Kranken und aller Familienmitglieder und der mit den Kranken in häuslicher Gemeinschaft lebenden Personen ist zu gestatten.

Werden in der Behausung des Kranken die zur Verhütung gemeingefährlicher oder übertragbarer Krankheiten nach dem Gutachten des Kreisarztes notwendigen Einrichtungen nicht getroffen oder von den dazu verpflichteten Personen nicht bestimmungsgemäß durchgeführt, so kann die Ueberführung des Kranken in ein geeignetes Krankenhaus oder in einen anderen geeigneten Unterkunftsraum angeordnet werden. Die Ueberführung muß unterbleiben, wenn der behandelnde Arzt auf einem vom Landeswohlfahrtsamt vorzuschreibenden Vordruck bescheinigt, daß durch die Ueberführung des Kranken für diesen eine unmittelbare Lebensgefahr entstehen würde.

(3) Auf die Absonderung krankheits- oder ansteckungsverdächtiger Personen finden die Bestimmungen des Absatzes 2 sinngemäße Anwendung, jedoch dürfen krankheits- oder ansteckungsverdächtige Personen nicht in demselben Raum mit kranken Personen untergebracht werden. Ansteckungsverdächtige Personen dürfen in demselben Raum mit krankheitsverdächtigen Personen nur untergebracht werden, soweit der Kreisarzt dies für zulässig hält.

(4) Wohnungen oder Häuser, in denen erkrankte Personen sich befinden, können kenntlich gemacht werden, und zwar muß dies geschehen, solange die zum Zwecke der Absonderung des Kranken notwendigen Einrichtungen nicht getroffen sind und dessen Ueberführung in ein Krankenhaus nicht möglich ist.

(5) Für das berufsmäßige Pflegepersonal sind Verkehrsbeschränkungen anzuordnen, wenn der Kreisarzt es für erforderlich erklärt.

§ 16. Das Landespräsidium ist befugt, für Ortschaften und Bezirke, die von einer gemeingefährlichen oder einer anderen übertragbaren Krankheit befallen oder bedroht sind:

1. hinsichtlich der gewerbsmäßigen Herstellung, Behandlung und Aufbewahrung, sowie hinsichtlich des Vertriebes von Gegenständen, die geeignet sind, die Krankheit zu verbreiten, eine gesundheitspolizeiliche Ueberwachung und die zur Verhütung der Verbreitung der Krankheit erforderlichen Maßregeln anzuordnen. Die Ausfuhr von Gegenständen der bezeichneten Art darf aber nur für Ortschaften verboten werden, in denen Cholera, Fleckfieber, Pest oder Pocken ausgebrochen sind;

2. Gegenstände der unter Nr. 1 bezeichneten Art vom Gewerbebetriebe im Umherziehen auszuschließen;

3. die Abhaltung von Märkten, Messen und anderen Veranstaltungen, welche eine Ansammlung größerer Menschenmengen mit sich bringen, zu verbieten oder zu beschränken;

4. die in der Schiffahrt, der Flößerei oder sonstigen Transportbetrieben beschäftigten Personen einer gesundheitspolizeilichen Ueberwachung zu unterwerfen und Kranke, krankheits- oder ansteckungsverdächtige Personen sowie Gegenstände, von denen anzunehmen ist, daß sie mit dem Krankheitstoff behaftet sind, von der Beförderung auszuschließen;

5. den Schiffahrts- und Flößereiverkehr auf bestimmte Tageszeiten zu beschränken.

§ 17. Für die Schulen gelten unter Vorbehalt weiterer Bestimmungen, die das Landeswohlfahrtsamt im Einvernehmen mit der Regierung — Schulabteilung — zu erlassen hat, folgende Schutzmaßregeln:

1. jeder Lehrer hat jeden Fall von Erkrankungen an gemeingefährlichen oder anderen übertragbaren Krankheiten sowie jeden Verdacht auf eine solche Krankheit, der ihm bei einem seiner Schüler oder einer zu seinem Hauswesen gehörigen beziehungsweise in enger Verbindung mit der Schule stehenden Person bekannt wird, dem Landeswohlfahrtsamt und dem für den Ort der Schule zuständigen Kreisarzt binnen 12 Stunden anzuzeigen;

2. jeder Lehrer hat alle Schulkinder, die ihm einer gemeingefährlichen oder anderen übertragbaren Krankheit verdächtig erscheinen, so lange vom Schulbesuch auszuschließen, bis die Erkrankung vom Kreisarzt als nicht übertragbar festgestellt ist;

3. jeder Lehrer hat Schulkinder, die an einer gemeingefährlichen oder anderen übertragbaren Krankheiten gelitten haben, sowie deren Geschwister und andere in häuslicher Gemeinschaft mit den Erktankten lebende Kinder solange vom Schulbesuch auszuschließen, bis die für die Dauer der Krankheit als Regel geltende Zeit abgelaufen ist, oder bis der behandelnde Arzt die Ansteckungsgefahr für beseitigt erklärt hat. Falls Kinder auf Grund dieser Bestimmung ungewöhnlich lange vom Schulunterricht ferngehalten werden, ist der Lehrer berechtigt, jederzeit eine Nachuntersuchung bei dem zuständigen Kreisarzt zu beantragen;

4. die Schulleiter und Ersten Lehrer haben die vom Landeswohlfahrtsamt oder den Kreisärzten angeordneten Vorschriften über Desinfektion, Reinhaltung der Schulräume, Schutzmaßregeln gegen Ansteckung und Belehrung der Schulkinder genau zu befolgen;

5. an der Beerdigung eines Mitschülers, der an einer gemeingefährlichen oder einer anderen übertragbaren Krankheit gestorben ist, dürfen Schulklassen nicht teilnehmen. Als Schulen im Sinne dieser Bestimmung gelten sämtliche Unterrichts- und Erziehungsanstalten.

§ 18. In Ortschaften, die von einer gemeingefährlichen oder anderen übertragbaren Krankheit befallen oder bedroht sind, sowie in deren Umgebung

ist von der Polizeibehörde auf Antrag des Kreisarztes die Benutzung von Brunnen, Teichen, Wasserläufen, Wasserleitungen, sowie der dem öffentlichen Gebrauche dienenden Bade-, Schwimm-, Wasch- und Bedürfnisanstalten zu verbieten oder zu beschränken, wenn es zur Verhütung der Verbreitung der betreffenden Krankheit unerläßlich erscheint.

§ 19. Die gänzliche oder teilweise Räumung von Wohnungen und Gebäuden, in denen Erkrankungen vorgekommen sind, ist von der Polizeibehörde anzuordnen, wenn der Kreisarzt es zur wirksamen Bekämpfung der Krankheit für unerläßlich erklärt. Den betroffenen Personen ist anderweitig geeignete Unterkunft unentgeltlich zu bieten

§ 20. (1) Für Gegenstände und Räume, von denen anzunehmen ist, daß sie mit dem Krankheitsstoff behaftet sind, ist eine Desinfektion anzuordnen, wenn der Kreisarzt es für notwendig erklärt.

(2) Für Reisegepäck und Handelswaren ist bei gemeingefährlichen und anderen übertragbaren Krankheiten die Anordnung der Desinfektion nur dann zulässig, wenn die Annahme, daß die Gegenstände mit dem Krankheitsstoff behaftet sind, durch besondere Umstände begründet ist.

(3) Ist die Desinfektion nicht durchführbar, oder im Verhältnis zum Werte der Gegenstände zu kostspielig, so kann die Vernichtung angeordnet werden.

§ 21. Zum Schutze gegen gemeingefährliche und andere übertragbare Krankheiten können vom Landeswohlfahrtsamt weitere Maßnahmen angeordnet werden, insbesondere kann es bei gehäuftem Auftreten solcher Krankheiten deren Behandlung durch andere Personen als approbierte Aerzte untersagen.

§ 22. Für die Aufbewahrung, Einsargung, Beförderung und Bestattung der Leichen von Personen, die einer gemeingefährlichen oder anderen übertragbaren Krankheit gestorben sind, können von der Polizeibehörde besondere Vorsichtsmaßregeln angeordnet werden. Sie sind anzuordnen, wenn der Kreisarzt sie für notwendig erklärt.

§ 23. Für die Anstellung von Desinfektoren, für die Beschaffung der für den Desinfektor nötigen Gerätschaften und Desinfektionsmittel, sowie für die Bereitstellung geeigneter Isolierräume und der erforderlichen Transportmittel (Krankenwagen) haben die Gemeinden (Stadt- und Amtsgemeinden) nach Anweisung des Landeswohlfahrtsamts auf eigene Kosten zu sorgen, widrigenfalls das Erforderliche auf Kosten der leistungspflichtigen Gemeinde beschafft wird.

§ 24. Das Landeswohlfahrtsamt kann den Gemeinden aufgeben, für die Beseitigung der etwa vorgefundenen gesundheitsgefährlichen Mißstände, insbesondere hinsichtlich der dem allgemeinen Gebrauche dienenden Einrichtungen zur Versorgumg mit Trink- oder Wirtschaftwasser und für die Fortschaffung der Abfallstoffe Sorge zu tragen. Die Gemeinden können zur Herstellung von Einrichtungen der bezeichneten Art, sofern diese zum Schutze gegen übertragbare Krankheiten erforderlich sind, angehalten werden.

§ 25. Die Haushaltungs- und Anstaltsvorstände, Gast-, Herbergs- und Hauswirte haben dafür Sorge zu tragen, daß die allgemeinen oder die für den einzelnen Krankheitsfall besonders erlassenen Vorschriften, namentlich die auf die Desinfektion bezüglichen, gewissenhaft zur Ausführung kommen.

Die Bestimmungen über

IV. Kosten (§ 26),

V. Entschädigungen (§§ 27—33) und

VI. Strafvorschriften (§ 34)

entsprechen den §§ 14—36 des Reichsseuchengesetzes.

VII. Schlußbestimmungen.

§ 35. Die zur Ausführung dieses Gesetzes erforderlichen Bestimmungen erläßt das Landeswohlfahrtsamt.

§ 36. Vorstehendes Gesetz tritt mit dem Tage der Verkündigung in Kraft. Alle entgegenstehenden Bestimmungen werden aufgehoben.

Verantwortlich für die Schriftleitung: Prof. Dr. Rapmund, Geh. Med.-Rat in Lippspringe.
Druck von J. C. C. Bruns, Minden i. W.

Rechtsprechung u. Medizinal-Gesetzgebung

Beilage zur Zeitschrift für Medizinal-Beamte

Nr. 4. 20. Februar. 1921.

Medizinal-Gesetzgebung.

A. Deutsches Reich.

Künftige Verwendung der früheren militärischen Heilanstalten. Rundschreiben des Reichsarbeitsministers vom 15. September 1920[1]).

I. Das Reich hat die Verpflichtung, an der Schaffung von Heilungsmöglichkeiten mitzuhelfen, die zur Durchführung der von ihm zugesicherten Heilbehandlung der Kriegsbeschädigten und zur Erfüllung der notwendigen Aufgaben im Interesse der Hebung und Erhaltung der Volksgesundheit erforderlich sind. Die notwendige Ueberleitung der jetzt der Verwaltung des Reichsarbeitsministeriums unterstehenden früheren militärischen Heilanstalten zu dauernder Zweckbestimmung soll sich daher in der Form vollziehen, daß die vorhandenen Gebäude und Sondereinrichtungen nach einem einheitlichen Plan, der jede Verwertungsmöglichkeit ermittelt und auf das zweckmäßigste ausnützt, für möglichst viele Heilbehandlungsbedürftige nutzbar gemacht werden.

II. Zur Vorbereitung der Entscheidung der zuständigen Reichsministerien sind daher in den Ländern und den preußischen Provinzen bei den Hauptversorgungsämtern — ärztliche Abteilung — Kommissionen zu bilden, die für ihren Bezirk prüfen, wie die abzubauenden Heilanstalten am zweckmäßigsten der gesamten Gesundheitsfürsorge, insbesondere aber der Kriegsbeschädigtenfürsorge, nutzbar gemacht werden können.

1. Die Kommission setzt sich zusammen aus dem Leiter der ärztlichen Abteilung des Hauptversorgungsamts als Vorsitzenden und je einem Vertreter
   a) der Verwaltungsabteilung des Hauptversorgungsamts,
   b) der Landes-Medizinalbehörde, in den preußischen Provinzen der Provinzial-Medizinalbehörde,
2. Zu den Beratungen sind zuzuziehen:
   a) ein Vertreter der Hauptfürsorgestelle,
   b) ein Vertreter der in ihrem Beirat vertretenen Verbände der Kriegsbeschädigten,
   c) ein Vertreter der Arbeitsgemeinschaften der Sozialversicherung. Wo solche nicht bestehen, sind die Landesversicherungsanstalten, Berufsgenossenschaften und die Krankenkassen um Bezeichnung eines gemeinsamen Vertreters zu bitten;

---

[1]) In Preußen ist dieses Rundschreiben an sämtliche Herren Oberpräsidenten und Regierungspräsidenten durch Rund-Erlaß des Ministers für Volkswohlfahrt vom 27. Oktober 1920 — I M II 2347 II — zur Kenntnisnahme und weiteren Veranlassung mitgeteilt. Es heißt darin: „Ich habe dem Herrn Reichsarbeitsminister die Regierungs- und Medizinalräte (oder ihre Vertreter) am Sitze der Regierung der einzelnen Regierungsbezirke als Vertreter der preußischen Provinzial-Medizinalbehörden in den Kommissionen bezeichnet, die bei den Hauptversorgungsämtern zur Prüfung der Frage, wie die früheren militärischen Heilanstalten am zweckmäßigsten der allgemeinen Gesundheitsfürsorge usw. nutzbar zu machen sind, gebildet werden. Zu den Beratungen wird immer der Regierungs- und Medizinalrat desjenigen Bezirks zugezogen werden, in dem die betroffene Anstalt liegt. Für den Bezirk Groß-Berlin ist der Regierungs- und Medizinalrat beim Polizeipräsidium Berlin zuständig. Soweit den Kommissionsberatungen im Einzelfalle eine Bedeutung zukommt, die es angezeigt erscheinen läßt, die Zentralinstanz zu unterrichten, sehe ich einer gefälligen Mitteilung entgegen."

ferner nach Bedarf:

a) Vertreter der beteiligten Gemeinden und Gemeindeverbände,
b) Vertreter der einzelnen beteiligten Träger der Sozialversicherung,
c) Vertreter des Roten Kreuzes und Träger anderer sanitärer und sonstiger Wohlfahrtseinrichtungen (einschließlich Krankenhäuser).

Der Leiter der ärztlichen Abteilung des Hauptversorgungsamts hat die Kommission alsbald zu berufen.

III. Die Kommission erstreckt ihre Mitwirkung und Vorschläge auf sämtliche jetzt der Verwaltung des Reichsarbeitsministeriums unterstehenden bisherigen militärischen Heilanstalten.

Sie stellt fest, welche Heilanstalten überhaupt in ihrem Bezirke bestehen, und für welche Bedürfnisse Heilanstalten unbedingt neu geschaffen oder erweitert werden müssen.

Sie prüft und begutachtet insbesondere folgende Fragen:

A. Inwieweit sind die vorhandenen, jetzt der Verwaltung des Reichsarbeitsministeriums unterstehenden, bisher der Heilfürsorge dienenden früheren militärischen Einrichtungen nach Lage, Bauart, Größe usw. geeignet, für die Heilfürsorge der Gesamtbevölkerung und für die Kriegsbeschädigtenfürsorge weiter betrieben zu werden

a) als Krankenhäuser,
b) als Genesungs- oder Kuranstalten,
c) als Unterkunftsheime für Uebergangskranke oder solche Kranke, welche ambulanter Behandlung oder der Beobachtung bedürfen?

Besonders eingehend und nachdrücklich ist die Frage zu erörtern, welche Einrichtungen der Behandlung und der Unterbringung von Lungenkranken nutzbar gemacht werden können, da bei der außerordentlichen Zunahme der Tuberkulose die bestehenden Einrichtungen nicht ausreichen. Unter anderem kann auch erwogen werden, ob und inwieweit die Verlegung freiwerdender Baracken in klimatisch geeignete Gegenden zur Schaffung von Gelegenheiten zu Liegekuren für Lungenkranke in Betracht kommen kann.

B. Inwieweit ist die Unterbringung Siecher am zweckmäßigsten durchzuführen; inwieweit ist es geboten, auf Grund des § 9 des Reichsversorgungsgesetzes öffentliche Kranken- und Pflegeanstalten zu verpflichten, einen bestimmten Teil ihrer Betten für die Siechenpflege vorzubehalten? Die Schaffung eigener Siechenhäuser ist nicht beabsichtigt.

C. Inwieweit besteht im Bezirk der Kommission ein Bedürfnis, die zur Weiterverwendung als Krankenhäuser geeigneten Heilanstalten der Allgemeinheit zugänglich zu machen?

1. Das Reichswehrministerium erstrebt eigene Lazarette in eigener Verwaltung. Bis dahin müßten die Kranken der Reichswehr in besondere Versorgungskrankenhäuser zusammengelegt werden, die in der Verwaltung des Reichsarbeitsministeriums verbleiben. Wegen derartiger Lazarette ergeht besondere Weisung an die Hauptversorgungsämter,
2. Abgesehen von diesen Krankenanstalten der Reichswehr wird das Reich Heilanstalten nur insoweit selbst betreiben, als es zur Erfüllung der Aufgaben der Kriegsbeschädigtenfürsorge unerläßlich ist und ein anderer geeigneter Träger sich nicht oder vorerst nicht finden läßt. Das Reichsversorgungsgesetz weist die Heilbehandlung der Kriegsbeschädigten künftighin den Krankenkassen zu. Nur die Gewährung von Badekuren und die Versorgung Kriegsbeschädigter mit den erforderlichen Körperersatzstücken ist grundsätzlich dem Reiche vorbehalten. Zur Aufrechterhaltung besonderer Krankenanstalten kommen daher im wesentlichen zunächst nur orthopädische Krankenhäuser zur Aufnahme und Behandlung solcher Kriegsbeschädigten in Betracht, denen das Reich Körperersatzstücke zu liefern hat, sowie Beobachtungskrankenhäuser, in welche Kriegsbeschädigte, deren Rentenansprüche zweifelhaft sind, zur Beobachtung und, soweit nötig, zur vorübergehenden Behandlung eingewiesen werden. Vorübergehend kann auch die Einrichtung und der Betrieb von Anstalten für Lungenkranke durch das Reich in Betracht kommen, bis sich nach Aufnahme Lungenkranker aus den Kreisen der Nicht-Kriegsbeschädigten andere Träger für diese Anstalten finden werden.

Aehnlich können die Verhältnisse bei Unterbringung der Gehirnverletzten und Kieferverletzten liegen.

3. Kommt die Weiterführung eines Lazaretts durch das Reichsarbeitsministerium oder das Reichswehrministerium nicht in Betracht, so sind folgende Gesichtspunkte zu beachten:
   a) In Universitätsstädten wird es häufig am zweckmäßigsten sein, ein bisheriges Lazarett in den Verband der Universitätskliniken einzugliedern.
   b) In anderen Städten wird es sich als zweckmäßig und wünschenswert herausstellen, daß die Träger der Sozialversicherung oder die Länder oder Provinzen selbst die Weiterführung der Heilanstalt übernehmen.
   c) Auch wird häufig die Gemeinde darauf besonderen Wert legen, die Heilanstalt als Gemeindekrankenhaus weiterzuführen.

D. Soweit Vorschläge über die Abgabe von Heilanstalten zur Weiterführung gemacht werden, ist in jedem Einzelfalle zu erörtern, unter welchen **Bedingungen** dies geschehen kann.

Hierbei sind folgende Gesichtspunkte zu beachten:
1. Reichseigene Grundstücke werden grundsätzlich nicht verkauft, sondern nur auf eine angemessene Zeitdauer vermietet.
2. Zur Wahrung der Interessen der Kriegsbeschädigten wird zweckmäßig eine angemessene Bettenzahl für die Unterbringung Kriegsbeschädigter vorbehalten werden.
3. Es ist zu erstreben, daß der Uebernehmer der Heilanstalten, wenn möglich, auch einen Teil des ärztlichen und des Krankenhauspersonals übernimmt. Die rechtzeitige Kündigung des Personals zu der bevorstehenden Auflösung ist trotzdem im Auge zu behalten.
4. Im Bedarfsfalle hat sich der Uebernehmer zur Aufnahme von „Siechen" bis zu einer bestimmten Höchstzahl zu den Selbstkosten zu verpflichten.

IV. Nur wenn ein Lazarett für die Krankenpflege nicht geeignet ist oder aus anderen Gründen nicht mehr benutzt wird, kommt seine Verwendung für andere Zwecke in Betracht.

2. Wird ein Lazarett für die Krankenpflege aufgegeben, so hat die Kommission Vorschläge zu machen, wie die der Heilfürsorge dienenden Einrichtungen und Gegenstände ihrer bisherigen Zweckbestimmung am besten erhalten bleiben können.

V. I. In den Vorlagen sind die Anstalten nach folgenden Gruppen zu trennen und zu bezeichnen.
1. Versorgungslazarette:
   a) bisherige Garnisonlazarette in reichseigenen Gebäuden,
   b) bisherige Garnisonlazarette in gemieteten Gebäuden,
   c) sonstige Lazarette in gemieteten Gebäuden in eigener Verwaltung,
   d) Unternehmerlazarette.
2. Lazaretteinrichtungen in städtischen, privaten und sonstigen Krankenhäusern (als Teile von Versorgungslazaretten).

II. Die Mietverträge und etwa sonst bestehenden Vereinbarungen sind der Vorlage beizufügen. Unter Verwertung dieser Unterlagen ist zu prüfen, ob und bis zu welchem Zeitpunkte es rechtlich möglich und bei den hiernach gegebenen Umständen empfehlenswert ist, das Vertragsverhältnis zu kündigen oder aufrechtzuerhalten.

Ist eine Kündigung in Aussicht zu nehmen, so ist dies unverzüglich anzuzeigen, damit auf den nächsten zulässigen Termin gekündigt werden kann.

III. Die finanziellen Wirkungen der einzelnen vorgesehenen Entscheidungen und Maßnahmen sind schätzungsweise anzuführen, soweit sie mit einiger Wahrscheinlichkeit übersehen werden können.

VI. Die angeordneten Feststellungen und Angaben sind auch dann zu machen, wenn die Auflösung eines Krankenhauses bereits eingeleitet oder durchgeführt ist.

VII. Die Berichte sind mit der größten Beschleunigung einzureichen, soweit dies mit einer gründlichen und zuverlässigen Bearbeitung vereinbar ist. Als Ziel ist in das Auge zu fassen, daß die geplanten Maßnahmen noch vor Eintritt des Winters durchgeführt werden.

VIII. Die vorläufige Schließung oder Auflösung zurzeit für die Kriegsbeschädigten-Heilfürsorge entbehrlicher Lazarette soll durch vorliegende Bestimmungen nicht aufgehalten werden.

B. Preußen.

Neufassung des Beamten-Diensteinkommengesetzes. Gesetz vom 17. Dezember 1920.

Neufassung des Beamten-Altruhegesetzes. Gesetz vom 17. Dez. 1920.

Die für die Medizinalbeamten in Betracht kommenden Bestimmungen dieser beiden Gesetze sind in der Hauptnummer (s. S. 57) mitgeteilt.

Gewährung von Notzuschlägen zu den Kinderbeihilfen und Gewährung des vollen Ortszuschlages an die nicht planmäßigen Beamten. Gesetz vom 18. Dezember 1920.

Danach wird mit Wirkung vom 1. Oktober 1920 ab zu den gesetzlichen Kinderbeihilfen neben dem bisherigen Ausgleichszuschlag ein weiterer Ausgleichzuschlag als Notzuschlag gewährt, der in der Ortsklasse A: 100 %, B: 75 %, C: 50 %, C und E: 25 % der Kinderbeihilfe und zwar nicht nur der im Dienste befindlichen Staatsbeamten, sondern auch der Wartegeld- und Ruhegehaltsempfänger und der Hinterbliebenen beträgt. Desgleichen erhalten die nicht planmäßigen Beamten, also auch die Kreismedizinalbeamten, von diesem Zeitpunkte ab den vollen Ortszuschlag und hierzu den allgemeinen Ausgleichszuschlag von 50 %.

Erstattung des Gesundheitsberichts für das Jahr 1920. Rund-Erlaß des Ministers für Volkswohlfahrt vom 5. Januar 1920 — I M IV 2914 — an sämtliche Herren Regierungspräsidenten.

Unter Hinweis auf meinen Erlaß vom 31. Dezember 1919 — I M IV 162 — ersuche ich, die Kreisärzte und Regierungs- und Medizinalräte anzuweisen, für das Jahr 1920 wieder die vorgeschriebenen Jahresgesundheitsberichte zu erstatten. Bei Abfassung dieser Berichte sollen die Medizinalbeamten die durch den § 117 der Dienstanweisung für die Kreisärzte und durch den Erlaß vom 31. Dezember 1919 gegebenen Richtlinien beobachten sowie insbesondere noch über den Gesundheitszustand der Kleinkinder und Schulkinder, besonders über die bei ihnen beobachteten Erscheinungen von Unterernährung, über den Umfang der Kleinkinder- und Schulkinderfürsorge, ferner über Zunahme und Verbreitung der Tuberkulose, der Rachitis und der Geschlechtskrankheiten (mit Einschluß der Erbsyphilis), und zwar möglichst unter Beifügung geeigneten statistischen Materials und der Ergebnisse von Körpermessungen (Länge und Gewicht, nach Geschlechtern getrennt) eingehend berichten.

Die Kreisärzte sind anzuweisen, ihre Berichte den Herren Regierungspräsidenten (Polizeipräsidenten Berlin) spätestens zum 1. März 1921 vorzulegen. Die auf Grund dieser Berichte von den Regierungs- und Medizinalräten zusammenzustellenden Gesundheitsberichte über die einzelnen Regierungsbezirke sind mir bestimmt bis zum 1. Mai einzureichen. Eine Verlängerung dieser Fristen, auf deren genaue Einhaltung ich entscheidenden Wert legen muß, kann — von ganz besonders dringlichen Ausnahmefällen abgesehen — nicht bewilligt werden.

Die vorstehend gegebenen Anweisungen sind, soweit keine abändernden Erlasse ergehen, auch in Zukunft als maßgebend zu beachten.

Berichterstattung über die Influenza und sog. Schlafkrankheit (Encephalitis lethargica). Rund-Erlaß des Ministers für Volkswohlfahrt — I M III 119 — an sämtliche Herren Regierungspräsidenten, abschriftlich an die Herren Oberpräsidenten.

Im Hinblick auf das erneute Auftreten der Influenza ist es für mich von Wert, wiederum wie in den Vorjahren über die Zahl der in den öffentlichen Krankenanstalten beobachteten Erkrankungs- und Todesfälle unterrichtet zu sein.

Das gleiche trifft zu hinsichtlich der sogenannten Schlafkrankheit — Encephalitis lethargica —.

Ich ersuche ergebenst, in den regelmäßig einzureichenden Wochennachweisungen für beide Krankheiten getrennte Angaben zu machen. Sollten auch über die außerhalb der Kranken- usw. Anstalten aufgetretenen Erkrankungs- u. Todesfälle an Influenza und Encephalitis lethargica annähernd zuverlässige Angaben dort vorliegen, so bitte ich auch um deren Mitteilung.

Verantwortlich für die Schriftleitung: Prof. Dr. Rapmund, Geh. Med.-Rat in Lippspringe.
Druck von J. C. C. Bruns, Minden i. W.

Rechtsprechung u. Medizinal-Gesetzgebung

Beilage zur Zeitschrift für Medizinal-Beamte

Nr. 5. **5. März.** **1921.**

Medizinal-Gesetzgebung.

A. Preußen.

Prüfungsordnung für Kreisärzte. Bekanntmachung des Ministers für Volkswohlfahrt vom 9. Februar 1921.

§ 1. Das Befähigungszeugnis für die Anstellung als Kreisarzt wird von dem *Minister für Volkswohlfahrt*[1]) dem erteilt, der die Prüfung für Kreisärzte bestanden hat.

§ 2. Die Prüfung wird vor dem *Prüfungsausschuss in Berlin*[2]) abgelegt.

§ 3. Das Gesuch um Zulassung zur Prüfung ist an den für den Wohnsitz des Bewerbers zuständigen Regierungspräsidenten, in dem Stadtkreis Groß-Berlin an den Polizeipräsidenten in Berlin, bei Bewerbern, die außerhalb Preußens ihren Wohnsitz haben, unmittelbar an den Minister zu richten. Der Regierungspräsident (Polizeipräsident) prüft die Vorlagen und gibt sie mit seinem Bericht an den Minister weiter.

Der Minister entscheidet über die Zulassung.

Voraussetzung für die Zulassung zur Prüfung ist, daß der Bewerber nach Erlangung der Approbation als Arzt eine mindestens dreijährige *Beschäftigung in der ärztlichen Praxis*[3]) nachgewiesen hat. *Der Minister kann im Einzelfalle auch eine andere ärztliche Tätigkeit anerkennen.*

§ 4. Dem Zulassungsgesuche sind in Urschrift beizufügen:

1. Die Approbation als Arzt,
2. der Nachweis über den Erwerb der medizinischen Doktorwürde bei einer Universität des Deutschen Reichs. Das Doktordiplom ist in einem Abdruck beizufügen[4]),
3. der Nachweis, daß der Bewerber während oder nach Ablauf seiner Studienzeit an einer Universität des Deutschen Reichs
   a) eine Vorlesung über gerichtliche Medizin besucht,
   b) mindestens ein Halbjahr lang an der psychiatrischen Klinik als Praktikant mit Erfolg teilgenommen hat,
4. *der Nachweis, dass der Bewerber einen abgeschlossenen Lehrgang in der sozialen Hygiene an einer der sozialhygienischen Akademien Breslau, Charlottenburg oder Düsseldorf mit Erfolg abgeleistet hat*[5]),
5. der Nachweis, daß der Bewerber einen pathologisch-anatomischen, einen hygienisch-bakteriologischen, einen gerichtlich-medizinischen Kursus, jeden von mindestens dreimonatiger Dauer, in einem Universitätsinstitut des Deutschen Reichs durchgemacht *sowie eine wenigstens dreimonatige Tätigkeit als Hilfsassistent an einer psychiatrischen Klinik abgeleistet hat*[6]). *Der pathologisch-anatomische, hygienisch-bakteriologische und der gerichtlich-medizinische Kursus können auch an eieer der genannten sozialhygienischen Akademien oder an der medizinischen Akademie in Düsseldorf abgeleistet*

---

[1]) Früher: „Ministerium des Innern."

[2]) Statt: „Wissenschaftliche Deputation für das Medizinalwesen."

[3]) Statt: „mindestens dreijährige fachtechnische Beschäftigung".

[4]) Es bedarf also jetzt nicht der Beifügung einer gedruckten Inauguraldissertation.

[5]) Neu hinzugefügt.

[6]) Desgleichen.

werden[7]). Der hygienisch-bakteriologische Kursus kann auch im Institut für Infektionskrankheiten „Robert Koch" in Berlin abgeleistet werden.

Die Nachweise werden durch die Zeugnisse der Fachlehrer, des *Akademievorstands*[8]) und der Leiter der Kurse erbracht.

Ausnahmsweise kann auch der Nachweis einer auf anderem Wege erlangten Ausbildung *zu 4 und 5*[9]) als vorschriftsmäßig erachtet werden, wenn der *Prüfungsausschuss*[10]) diese Ausbildung als gleichwertig und die Gründe für den anderweiten Bildungsgang als triftig anerkannt hat.

6. Ein eigenhändig geschriebener Lebenslauf, in dem der Gang der Universitätsstudien und die Beschäftigung nach Erlangung der Approbation (siehe § 3 Abs. 3) darzulegen ist.

Der Zulassungsverfügung wird ein Abdruck dieser Prüfungsordnung beigefügt.

§ 5. Die Prüfung zerfällt in einen schriftlichen und einen praktisch-mündlichen Teil.

§ 6. Zum Zwecke der schriftlichen Prüfung hat der Prüfling zwei wissenschaftliche Ausarbeitungen und die Bearbeitung eines erdachten gerichtlichen Falles zu liefern. Die Aufgaben werden von dem *Prüfungsausschuss*[10]) gestellt und von dem Minister dem Prüfling zugleich mit der Zulassungsverfügung übersandt.

Auf Grund wissenschaftlich erprobter Leistungen auf den hier in Betracht kommenden Gebieten können dem Prüfling ausnahmsweise eine oder beide wissenschaftliche Ausarbeitungen erlassen werden. Ebenso kann in besonderen Fällen auch die Bearbeitung des erdachten gerichtlichen Falles erlassen werden. Auf dahingehende Anträge entscheidet der Minister nach Anhörung des *Prüfungsausschusses*[10]).

§ 7. Von den Aufgaben für die wissenschaftlichen Ausarbeitungen ist eine aus dem Gebiete der öffentlichen Gesundheitspflege *oder der sozialen Hygiene,* die andere aus dem Gebiete der gerichtlichen oder der versicherungsgerichtlichen Medizin oder der gerichtlichen Psychiatrie zu entnehmen. Bei der Bearbeitung des erdachten gerichtlichen Falles ist die vollständige Niederschrift über eine Leichenöffnung mit begründetem Gutachten zu liefern[11]).

§ 8. Die wissenschaftlichen Ausarbeitungen sind nach den Vorschriften für die Anfertigung der schriftlichen Ausarbeitungen in der Kreisarztprüfung vom 20. August 1920 zu fertigen[12]).

---

[7]), [8]), [9]) Neu hinzugefügt.

[10]) Statt: „Wissenschaftliche Deputation für das Medizinalwesen."

[11]) Wegen dieses Gutachtens vergleiche § 29 der Vorschriften für das Verfahren der Gerichtsärzte bei den gerichtlichen Untersuchungen menschlicher Leichen vom 17. Oktober 1904/4. Januar 1905 (Min.-Bl. f. Med. Ang. 195 S. 67 ff.). Neue Vorschriften sind in Vorbereitung.

[12]) Die Vorschriften für die Anfertigung der schriftlichen Ausarbeitungen in der Kreisarztprüfung vom 20. August 1920 lauten:

§ 1. Die Arbeiten müssen auf halbgebrochenem Bogen sauber und leserlich geschrieben sein. Lassen die Prüflinge die Reinschrift durch einen Dritten schreiben, so bleiben sie doch verantwortlich für Schreibfehler. Unleserlich geschriebene, oder, sei es wegen schlechter Handschrift, sei es wegen Verwendung von blasser Tinte, schwer leserliche Arbeiten werden ohne weiteres dem Prüfling auf seine Kosten zurückgesandt und erst, wenn sie leicht leserlich geschrieben wieder eingereicht sind, der Prüfung unterzogen. Die Wiedereinsendung der Arbeiten muß in diesem Fall binnen längstens vier Wochen erfolgen, sonst gelangen die Arbeiten nicht mehr zur Zensur.

§ 2. Die Arbeiten werden nicht nach ihrem äußeren Umfange, sondern nach ihrem Inhalt beurteilt. Die Prüflinge haben sich daher einer gedrängten Kürze zu befleißigen, ohne wesentliches zu übergeben. Die Arbeiten sollen nicht nur Auszüge oder Wiederholungen früherer Abhandlungen sein, sondern selbständige wissenschaftliche Leistungen wenigstens in förmlicher Beziehung darstellen.

§ 3. Die Prüflinge haben sich streng an die Aufgabe zu halten. Alle

§ 9. Die wissenschaftlichen Ausarbeitungen und die Bearbeitung des erdachten gerichtlichen Falles sind spätestens sechs Monate nach Empfang der Aufgaben portofrei dem Minister einzureichen.

Aus dringlichen Gründen kann dem Prüfling auf seinen durch den zuständigen Regierungspräsidenten (Polizeipräsidenten in Berlin), bei denjenigen Prüflingen, die außerhalb Preußens ihren Wohnsitz haben, unmittelbar an dem Minister einzureichenden und gehörig gegründeten Antrag von dem Minister eine Nachfrist bis zu drei Monaten bewilligt werden.

Eine weitere Nachfrist kann nur unter besonderen Verhältnissen gewährt werden.

Nach Ablauf der sechsmonatigen Frist und der etwa bewilligten Nachfrist werden die Probearbeiten nicht mehr zur Zensur angenommen. Neue Aufgaben dürfen nicht vor Ablauf eines Jahres erbeten werden.

§ 10. Die Beurteilung der Probearbeiten erfolgt durch den *Prüfungsausschuss*[10]) für Kreisärzte.

Genügen die Probearbeiten den Anforderungen, so wird der Kandidat zu den übrigen Prüfungsabschnitten zugelassen.

Wird auch nur eine der beiden wissenschaftlichen Ausarbeitungen als „ungenügend" befunden, so gilt die schriftliche Prüfung in der Regel als nicht bestanden. Ausnahmsweise kann der *Prüfungsausschuss*[10]) eine mit „gut" oder „sehr gut" beurteilte Ausarbeitung annehmen, auch wenn die andere Arbeit die Note „ungenügend" erhalten hat. Ist nur die Bearbeitung des erdachten gerichtlichen Falles „ungenügend" befunden, während die wissenschaftlichen Ausarbeitungen genügen, so ist nur jene zu wiederholen.

Neue Aufgaben dürfen nicht vor Ablauf von drei Monaten und müssen vor Ablauf von zwei Jahren erbeten werden. Die Dauer der Frist bestimmt in jedem Falle der Minister. Er bestimmt zugleich den Zeitpunkt, bis zu dem spätestens die neuen Aufgaben erbeten werden müssen.

Eine zweite Wiederholung der Prüfung ist nicht gestattet.

§ 11. Die praktisch-mündliche Prüfung hat der Prüfling in der Regel binnen 6 Monaten nach Empfang der Mitteilung, daß er die schriftliche Prüfung bestanden hat, abzulegen.

Die Festlegung eines ihm genehmen Prüfungstermins hat der Prüfling rechtzeitig bei dem Minister zu erbitten.

---

mit dieser nicht zusammenhängende Ausführungen in den Arbeiten werden als nicht vorhanden oder auch als Fehler angesehen.

§ 4. Längere Einleitungen zu der Bearbeitung der Aufgabe sind als überflüssig zu vermeiden, da es sich nur darum handelt, die wissenschaftliche Selbständigkeit des Prüflings und seine Befähigung zu dem ihm dereinst zu übertragenden Amte nachzuweisen.

§ 5. Das Hauptergebnis der Arbeit ist am Schlusse in möglichst scharf gefaßten Sätzen zusammenzustellen.

§ 6. Bei der Bearbeitung des erdachten gerichtlichen Falles sind die Vorschriften über das Verfahren bei gerichtlichen Leichenuntersuchungen sorgfältig zu beachten.

§ 7. Jeder Arbeit ist ein vollständiges Verzeichnis der von dem Prüfling selbst benutzten literarischen Hilfsmittel voranzustellen. Diese Hilfsmittel sind auch im Text mit Angabe der Seitenzahl aufzuführen.

§ 8. Der Namensunterschrift ist die Versicherung vorauszuschicken, daß Prüfling die Arbeit ohne irgendwelche andere als die im Text selbst angeführte Hilfe angefertigt hat.

§ 9. Jede Ausarbeitung ist in einem steifen Deckel geheftet oder gebunden und mit fortlaufender Seitenzahl versehen einzureichen.

§ 10. Wird eine oder die andere der Vorschriften §§ 5—8 nicht beachtet gefunden, so wird die Arbeit dem Prüfling auf seine Kosten zur Ergänzung des Fehlenden binnen längstens vierzehn Tagen zurückgesandt und nach fruchtlosem Ablauf dieser Frist nicht mehr zur Zensur angenommen.

[13]) Neu hinzugefügt.

[14]) Statt „Examinator" bezw. „Direktor der Wissenschaftlichen Deputation und der Leiter der Prüfung".

Wird die sechsmonatige Frist ohne dringliche Gründe versäumt, so gilt die schriftliche Prüfung als nicht bestanden.

§ 12. Die praktisch-mündliche Prüfung findet vor je 4 Mitgliedern des *Prüfungsausschusses*[10]) statt. Einem dieser Mitglieder kann die Leitung der Prüfung vom dem Vorsitzenden des *Prüfungsausschusses* übertragen werden, falls er nicht selbst an der Prüfung teilnimmt. Die Prüfung ist in der Regel an drei aufeinanderfolgenden Tagen zu erledigen. Sie umfaßt folgende Abschnitte:

I. Medizinalgesetzgebung und Medizinalverwaltung.
II. Oeffentliche Gesundheitspflege.
III. *Soziale Hygiene*[13]).
IV. Gerichtliche Medizin.
V. Gerichtliche Psychiatrie.

§ 13. In einem Prüfungsabschnitt sollen im allgemeinen nicht mehr als vier Kandidaten gleichzeitig geprüft werden.

Die Prüfungsabschnitte werden von je einem *Prüfer*[14]) abgehalten. Der *Leiter des Prüfungsausschusses*[14]) ist berechtigt, allen Teilen der Prüfung beizuwohnen.

Er bestimmt auch die Reihenfolge, in der die Abschnitte der Prüfung zurückzulegen sind.

§ 14. Für die Prüfung in der Medizinalgesetzgebung und Medizinalverwaltung hat der Prüfling:

1. in Klausur innerhalb einer Frist von drei Stunden eine praktische Aufgabe aus dem Gebiete der Medizinal- oder Sanitätspolizei, wenn möglich auf Grund von Akten, schriftlich zu lösen;
2. in einer mündlichen Prüfung darzutun, daß er mit der Organisation der Medizinalverwaltung, mit der Dienstanweisung für die Kreisärzte, dem Apothekenwesen, Hebammenwesen und den geltenden medizinal- und sanitätspolizeilichen gesetzlichen Bestimmungen und Verordnungen sowie auch mit den für den ärztlichen Beruf wichtigen Abschniten der Reichsversicherungsordnung und der Angestelltenversicherung gründlich vertraut ist.

§ 15. Für die Prüfung in der öffentichen Gesundheitspflege und der hygienischen Bakteriologie hat der Prüfling:

1. unter Aufsicht des Prüfers innerhalb einer Frist von drei Stunden je eine einfachere Aufgabe aus dem Gebiete der hygienischen und der bakteriologischen Untersuchungsmethoden praktisch zu lösen und den Gang sowie das Ergebnis der Untersuchungen mündlich zu erläutern;
2. in einer mündlichen Prüfung nachzuweisen, daß er mit der Gewerbehygiene und allen anderen Gebieten der öffentlichen Gesundheitspflege, insbesondere der Seuchenbekämpfung, gründlich vertraut ist.

§ 16. Für die Prüfung in der sozialen Hygiene hat der Prüfling[15]*):*

1. in Klausur unter Aufsicht des Prüfers innerhalb einer Frist von 3 Stunden eine praktische Aufgabe aus dem Gebiet der sozialen Hygiene (Gesundheitsfürsorge, Kranken- und Siechenfürsorge, Medizinalstatistik) schriftlich zu bearbeiten;

2. in einer mündlichen Prüfung darzutun, dass er mit der Organisation und Gesetzgebung der Wohlfahrtspflege und besonders der Fürsorge, mit den Zweigen der sozial-hygienischen Fürsorge und mit der praktischen Arbeit auf diesem Gebiete sowie mit der Medizinalstatistik ausreichend vertraut ist.

§ 17. Für die Prüfung in der gerichtlichen Medizin hat der Prüfling:

1. den Zustand eines Verletzten zu untersuchen und alsdann in Klausur innerhalb einer Stunde einen begründeten Bericht über den Befund unter Berücksichtigung der hierfür geltenden Bestimmungen zu erstatten;
2. an einer Leiche die vollständige gerichtliche Oeffnung mindestens einer der drei Haupthöhlen zu machen und den Befund nebst vorläufigem Gutachten sofort vorschriftsmäßig zu Protokoll zu diktieren;
3. *Leichenteile*[16]) zur mikroskopischen Untersuchung vorzubereiten, mit dem Mikroskop genau zu untersuchen und dem *Prüfer* mündlich zu erläutern;

---

[15]) § 16 ist vollständig neu eingefügt.
[16]) Statt: „Leichenobjekt“.

doch steht es dem *Prüfer* frei, dem *Prüfling* [17]) auch einen anderen geeigneten Gegenstand zur mikroskopischen Untersuchung vorzulegen;
4. in einer mündlichen Prüfung die für einen Gerichtsarzt erforderlichen Kenntnisse in der gerichtlichen Medizin und Toxikologie darzutun.

§ 18. Für die Prüfung in der gerichtlichen Psychiatrie hat der Prüfling:
1. an einem Geisteskranken seine Fähigkeit zur Untersuchung krankhafter Geisteszustände darzutun und in Klausur innerhalb einer Stunde ein schriftliches Gutachten über den Befund zu einem von dem *Prüfer* [17]) zu bestimmenden Zwecke zu erstatten;
2. in einer mündlichen Prüfung seine Kenntnisse in der gerichtlichen Psychiatrie sowie in den einschlägigen gesetzlichen Bestimmungen und Verordnungen darzutun.

§ 19. Ueber die gesamte Prüfung jedes *Prüflings* [17]) wird eine *Niederschrift* [18]) aufgenommen, in das die Prüfungsgegenstände und die erteilten Zensuren, bei der Zensur „ungenügend" unter kurzer Angabe der Gründe, von den *Prüfern* [17]) unter Beifügung ihres Namens eingetragen werden. Die *Niederschrift* wird von dem Leiter der Prüfung unterschrieben.

§ 20. Ueber den Ausfall der Prüfung in jedem Teile eines Prüfungsabschnitts wird eine besondere Zensur unter ausschließlicher Anwendung von „sehr gut" (1), „gut" (2), „genügend" (3) und „ungenügend" (4) erteilt.

§ 21. Ein Prüfungsabschnitt, für den auch nur in einem Teil die Zensur „ungenügend" erteilt ist, gilt als nicht bestanden und muß wiederholt werden.

Die Frist, nach der die Wiederholungsprüfung frühestens erfolgen darf, wird von dem Leiter nach Benehmen mit dem *Prüfer* [17]) für jeden Abschnitt einheitlich bestimmt. In gleicher Weise wird der Zeitpunkt festgesetzt, bis zu dem spätestens die Meldung zur Wiederholungsprüfung in einem nicht bestandenen Abschnitt erfolgen muß. Wird diese letztere Frist ohne triftige Gründe nicht innegehalten, so muß die ganze Prüfung wiederholt werden.

Eine zweite Wiederholung der Prüfung ist nicht gestattet.

§ 22. Hat der *Prüfling* [19]) die sämtlichen Abschnitte der praktisch-mündlichen Prüfung bestanden, so wird aus den für die drei Teile der schriftlichen und die einzelnen Teile der praktisch-mündlichen Prüfung erteilten Zensuren die Gesamtzensur in der Weise ermittelt, daß die Zahlenwerte der Zensuren für die schriftlichen wissenschaftlichen Ausarbeitungen je doppelt und die Bearbeitung des erdachten gerichtlichen Falles sowie die einzelnen Teile der Abschnitte der praktisch-mündlichen Prüfung je einfach gerechnet, zusammengezählt und durch *17* [20]) geteilt werden. Ergeben sich bei der Teilung Brüche, so werden diese, wenn sie über 0,5 betragen, als ein Ganzes gerechnet, andernfalls bleiben sie unberücksichtigt.

§ 23. Der Leiter überreicht sogleich nach Abschluß der Prüfung die Prüfungsakten bei bestandener Prüfung dem Minister behufs Erteilung des Befähigungszeugnisses.

Die mit dem Zulassungsgesuche eingereichten Zeugnisse erhält der *Prüfling* bei Aushändigung des Befähigungszeugnisses oder beim Nichtbestehen der Prüfung mit der Mitteilung hierüber zurück.

§ 24. Die Bestimmung, wonach die Bestallung als Kreisarzt die Aus-Ausübung einer fünfjährigen selbständigen praktischen Tätigkeit als Arzt nach der Approbation erfordert (vergl. § 2 Ziffer 4 des Gesetzes, betreffend die Dienststellung des Kreisarztes usw. vom 16. September 1899 — Gesetzsamml. 1899 S. 172 — und § 3 Ziffer 4 der Dienstanweisung für Kreisärzte vom 1. September 1909), wird durch die Vorschriften dieser Prüfungsordnung nicht berührt.

§ 25. Die Gebühren für die gesamte Prüfung betragen *300 M.* [21]).

Bei Wiederholungen werden außer den Gebühren für den betreffenden Abschnitt oder Teil eines Abschnitts noch *21 M.* [21]) Sondergebühren erhoben.

---

[17]) Statt: „Examinator" und „Examinand".
[18]) Statt: „Protokoll".
[19]) Statt: „Kandidat.
[20]) Statt: „15".
[21]) Statt: „120 Mark" bezw. „10 Mark".

Wer von der Prüfung zurücktritt, erhält die Gebühren für die noch nicht begonnenen Prüfungsabschnitte ganz, die Gebühren für sächliche und Verwaltungskosten nach Verhältnis zurück.

§ 26. Diese Prüfungsordnung tritt am 1. Oktober 1921 in Kraft.

Mit diesem Zeitpunkte tritt die Prüfungsordnung für Kreisärzte vom 4. März 1914 außer Kraft.

Fürsorge für Neurose und seelisch Kranke (Psychopathen). Rund-Erlaß des Ministers für Volkswohlfahrt vom 2. September 1920 — an sämtliche Herren Regierungspräsidenten.

Die außerordentliche Häufung seelischer Erkrankungen macht eine umfassende Fürsorge für die an ihnen leidenden Kranken erforderlich. Die schweren Erlebnisse während der Kriegszeit und die chronische Unterernährung führten häufig gerade bei günstig hochentwickelten, weil besonders empfindlichen Individuen zu Störungen des seelischen Gleichgewichtes. So konnte unter den während der Kriegszeit gegebenen ungewöhnlich straffen Beschränkungen der persönlichen Freiheit und der dann nach der Revolution einleitenden Lockerung sozialer Empfindungen und Bande ein Zwiespalt bei krankhaft veranlagten Menschen entstehen, indem sich die während langer Jahre gehemmte Initiative unter ihrem mächtigsten Impuls, der Unzufriedenheit zum Schaden der Allgemeinheit frei machte. Die starke Affekterregbarkeit und die Ueberzeugung der Psychopathen von der Wahrhaftigkeit ihrer Auffassung, die selbst dann noch vorhanden ist, wenn der geistig Gesunde starke Uebertreibungen und Entstellungen eines Tatbestandes feststellt, verschafften diesen Kranken einen überragenden Einfluß auf die Masse des Volkes, einen Einfluß, der um so bedrohlicher ist, als die außerordentlich klägliche wirtschaftliche Lage und die politische Zerfahrenheit weiter Kreise die allgemeine Unzufriedenheit erhöhte und so für suggestive Beeinflussung eine ungewöhnliche Empfänglichkeit schuf. Es ist eine wie bei früheren Volksbewegungen, so auch jetzt wieder festgestellte Beobachtung, daß gerade die jugendlichen Psychopathen im Vordergrunde politisch extremer Richtungen stehen. Die Gefahr, die darin für das ganze Volk liegt, ist bisher nicht überall genügend gewürdigt worden.

Es führt häufig zu Mißerfolgen, wenn der Versuch gemacht wird, psychopathische Kranke zwangsweise der ärztlichen Behandlung zuzuführen. Gerade diese Kranken haben keine Krankheitseinsicht. Sie fühlen sich wohl nervös, suchen aber weder selbst noch auf Veranlassung ihrer Angehörigen den Irrenarzt auf, so lange sie die Befürchtung haben, daß man sie für geistig krank halten könnte. Diese Befürchtung aber besteht fast immer, oder sie wird erzeugt durch die dauernden Konflikte, die derartige Kranke mit sozial vollwertigen Individuen haben. Hier hört der Kranke immer wieder, daß er verrückt sei, während er sich selbst nur für nervös hält. Dieser Umstand nun bietet eine Möglichkeit der Behandlung und Fürsorge. Der Kranke ist unzufrieden und daher hilfsbedürftig. Er würde eine Beratungsstelle für „Nervöse oder seelisch Kranke“ aufsuchen, sofern er nicht in oder hinter ihr die Irrenanstalt wittert. Auch aus diesem Grunde erscheint die Errichtung von Beratungs- und Fürsorgestellen, die räumlich von Irrenanstalten streng zu trennen sind, zweckmäßig, außer denjenigen schon vor dem Kriege vielfach erörterten Gründen für die Schaffung derartiger Fürsorgeanstalten im Interesse der nicht anstaltsbedürftigen Geisteskranken, die schon zu beachtenswerten Versuchen auf diesem Gebiete geführt haben.

Ich bitte daher um Aeußerung darüber, ob und eventuell wie sich Fürsorgestellen für „Nervöse oder seelisch Kranke“ im Anschluß an die Kreiswohlfahrtsämter einrichten ließen. Es müßte, wenn möglich, eine Zusammenarbeit von bereits tätigen Fürsorgebeamten, Lehrern und Aerzten, vor allen Dingen der Hilfsschule, sowie sonstigen sachverständigen Personen erzielt werden. Ich bitte ferner zu erwägen, ob diese Fürsorge- und Beratungsstellen ausgedehnt werden könnten auf schwer erziehbare Kinder. Dies würde vorbeugend wirken können, das Forschreiten von psychopatischen Zuständen verhindern und wichtiges Material für Familienforschung, Vererbungslehre, Eugenie und Rassenhygiene ergeben können.

Nach Anhörung der Kreis- und Schulärzte und sonst etwa vorhandener Sachverständiger oder interessierter Kreise bitte ich, innerhalb 8 Wochen

zu berichten, ob und wie die Schaffung von Fürsorge- und Beratungsstellen am besten durchgeführt werden kann. Daß psychopatisch Kranke der Behandlung und Heilung zugänglich sind, wenn sie sachgemäß durchgeführt wird, lehren nicht nur die seit langem mit gutem Erfolge tätigen privaten Heime für Psychopathen, wie sie von bemittelten Eltern für ihre entarteten oder psychopatisch veranlagten Kinder in Anspruch genommen und besucht wurden; es bestätigen dies auch die guten Erfahrungen der „Jugendhilfe“, des ersten Instituts, das von einem Provinzialverein für unbemittelte psychopathische Kinder in Halle a. S. geschaffen wurde und das schon jetzt einen großen Zuspruch und günstige Resultate zu verzeichnen hat.

B. Sachsen.

Feuerbestattung. Gesetz vom 30. November 1920.

§ 1. Neben der Beerdigung ist die Feuerbestattung unter Beobachtung der nachstehenden Vorschriften zulässig.

§ 2. Zur Errichtung und Ingebrauchnahme einer Leichenverbrennungsanlage ist die Genehmigung des Ministeriums des Innern erforderlich. Die Genehmigung darf nur erteilt werden, wenn das Unternehmen die Gewähr bietet, daß es dauernd und in würdiger Weise geführt wird. Sie soll an Privatpersonen und Privatvereine nur gegeben werden, wenn bei einem anerkannten Bedürfnisse Gemeinden die Errichtung ablehnen.

Vor der Ingebrauchnahme ist eine Ordnung aufzustellen, die gleichfalls der Genehmigung des Ministeriums des Innern unterliegt.

Für die Leichenverbrennungsanlage sind Einrichtungen zu treffen, daß die Aschenreste in angemessener Weise beigesetzt werden können.

Ist der Unternehmer eine Person des Privatrechts, so ist eine Veräußerung des Grundstücks ohne Genehmigung des Ministeriums nicht zulässig. Auch hat sich der Unternehmer zu verpflichten, daß im Falle der Einstellung des Betriebes das Grundstück entschädigungslos der Ortsgemeinde anfällt.

§ 3. Für die Leichenverbrennungsanlage muß eine Leichenhalle vorhanden sein, in der die Leichen vor der Verbrennung untergebracht werden können.

Die Leichenhalle muß einen Raum für die Leichenöffnung enthalten und mindestens den Anforderungen entsprechen, die in § 5 des Gesetzes, die Leichenbestattungen und die Einrichtung des Leichendienstes betreffend, vom 20. Juli 1850 (GVBl S. 183) und in den §§ 7 und 8 der Ausführungsverordnung dazu vom gleichen Tage (GVBl. S. 184) gestellt sind.

§ 4. Die Verfügung über die Aschenreste eines Eingeäscherten steht ausschließlich den nächsten Angehörigen (§ 8, 2. Absatz Satz 2) oder den sonst Beerdigungspflichtigen zu.

Zur Errichtung von besonderen Beisetzungsstätten für Achenreste bedarf es der Genehmigung der unteren Verwaltungsbehörden (Amtshauptmannschaft, in Städten mit Revidierter Städteordnung Stadtrat). Auf sie finden die Bestimmungen im § 2 Abs. 1, 2 und 4 sinngemäße Anwendung.

§ 5. Zur Vornahme der Feuerbestattung in Sachsen ist in jedem Falle die Genehmigung der Ortspolizeibehörde des Bestattungsortes einzuholen. Bei Sterbefällen innerhalb Sachsens ist auch die Ortspolizeibehörde des letzten Wohnortes oder des Sterbeortes für die Genehmigung zuständig. Antragsberechtigt ist jeder Beerdigungspflichtige. Die Genehmigung ist schriftlich zu erteilen.

§ 6. Vor Erteilung der Genehmigung hat die Ortspolizeibehörde folgende Nachweise zu fordern:

1. einen den Todesfall betreffenden Auszug aus dem Sterberegister, bei außerhalb des Deutschen Reichs Verstorbenen eine amtlich beglaubigte Sterbeurkunde,

2. die Bescheinigung eines zur Leichenschau zugelassenen Arztes über die Todesursache,

3. die Bescheinigung der Ortspolizeibehörde des Sterbeortes, falls die Genehmigung nicht von dieser selbst erteilt wird, daß jeder Verdacht, es sei der Tod durch eine strafbare Handlung herbeigeführt worden, ausgeschlossen ist.

Zur Leichenschau werden beamtete Aerzte zugelassen und Aerzte, die eine Prüfung in gerichtlicher Medizin mit Erfolg bestanden haben und in einer bei der Kreishauptmannschaft zu führenden Liste der Leichenschauärzte eingetragen sind.

Von der Beibringung einer Bescheinigung ist abzusehen, wenn eine Sektion der Leiche auf Antrag einer Behörde oder in der Prosektur eines Krankenhauses vorgenommen worden ist.

Die durch die Tätigkeit des zur Leichenschau bestellten Arztes entstehenden Kosten werden als Polizeiaufwand übernommen.

§ 7. Die Bescheinigung des Arztes über die Todesursache darf nur nach vorhergegangener Leichenschau ausgestellt werden und muß die Erklärung enthalten, daß ein Verdacht, der Tod sei durch eine strafbare Handlung herbeigeführt worden, ausgeschlossen ist.

War der Verstorbene in der dem Tode unmittelbar vorhergegangenen Krankheit ärztlich behandelt, so ist vom behandelnden Arzt ein Gutachten über die Art der Krankheit, die Dauer der Behandlung und die Todesursache herbeizuziehen und dem zur Leichenschau zugelassenen Arzte vorzulegen. Auch ist dieses Gutachten in die Bescheinigung des Arztes mit aufzunehmen.

War ein nach § 6 zugelassener Arzt zugleich der behandelnde Arzt, so ist die Bescheinigung von einem anderen zur Leichenschau zugelassenen Arzte auszustellen.

Vor der Erteilung der Bescheinigung ist die Leichenöffnung vorzunehmen, wenn einer der beteiligten Aerzte sie zur Feststellung der Todesursache für erforderlich hält.

§ 8. Die Feuerbestattung ist unzulässig gegen den ausdrücklichen Willen des Verstorbenen, dafern dieser zur Zeit der Erklärung das 16. Lebensjahr vollendet hatte.

Falls der Verstorbene über seine Bestattung nichts bestimmt hatte, so steht in erster Linie den nächsten Angehörigen, soweit sie geschäftsfähig sind, in zweiter Linie den sonst Bestattungspflichtigen das Recht zu, die Art der Bestattung zu bestimmen. Als nächste Angehörige gelten der überlebende Ehegatte, die volljährigen Kinder oder, falls solche nicht vorhanden sind, die Eltern.

Ueber Meinungsverschiedenheiten zwischen den nächsten Angehörigen untereinander oder den sonst Bestattungspflichtigen entscheidet die Ortspolizeibehörde (§ 5).

§ 9. Gegen eine ablehnende Verfügung der Ortspolizeibehörde steht die Beschwerde an die Kreishauptmannschaft zu.

Die Kreishauptmannschaft soll binnen 24 Stunden über die Beschwerde entscheiden. Die Entscheidung ist endgültig.

§ 10. Die Vorschriften, die über den Leichendienst und die Leichenbestattung, insbesondere auch über die rechtzeitige Entfernung der Leichen aus den Sterbehäusern und über Leichentransporte bestehen, finden bei der Feuerbestattung entsprechende Anwendung.

§ 11. Zuwiderhandlungen gegen die Vorschriften dieses Gesetzes werden mit Geldstrafe bis zu 150 M. oder mit Haft bestraft.

Berichtigung.

In der **Preußischen Gebührenordnung für approbierte Aerzte und Zahnärzte,** abgedruckt in der Beilage Nr 20/21 des Jahrg. 1920, S. 117—130, befanden sich drei Druckfehler: 1. Bei II A. Allgemeine Verrichtungen) muß es unter Ziffer 1b heißen: „3—30“, statt „3—40“ M., bei II B, 1, Ziffer 34a: „3—30“ statt „4—30“ und bei II B. 4 (Ohren, Nasen- und halsärztliche Verrichtungen) unter Ziffer 115a: „5—50“ statt „5—60“ M.

Verantwortlich für die Schriftleitung: Prof. Dr. Rapmund, Geh. Med.-Rat in Lippspringe.
Druck von J. C. C. Bruns, Minden i. W.

Rechtsprechung u. Medizinal-Gesetzgebung

Beilage zur Zeitschrift für Medizinal-Beamte

Nr. 6. 20. März. 1921.

Medizinal-Gesetzgebung.

A. Deutsches Reich

Ausführung des internationalen Opiumabkommens vom 23. Januar 1912. Gesetz vom 30. Dezember 1920.

§ 1. Rohopium, Opium für medizinische Zwecke, Morphin, Kokain und Diacetylmorphin (Heroin), desgleichen alle Salze des Morphins, des Kokains und des Diacetylmorphins (Heroins) sowie alle Zubereitungen, die mehr als 0,2 vom Hundert Morphin oder mehr als 0,1 vom Hundert Diacetylmorphin (Heroin) enthalten, unterliegen hinsichtlich der Einfuhr und Ausfuhr, der Herstellung und Verarbeitung sowie des Verkehrs einer behördlichen Aufsicht, die durch das Reichsgesundheitsamt ausgeübt wird.

Das Reichsgesundheitsamt ist berechtigt, die Oertlichkeiten, in denen die im Abs. 1 genannten Stoffe und Zubereitungen hergestellt, verarbeitet, aufbewahrt, feilgehalten oder abgegeben werden, zu besichtigen. Auf Verlangen ist ihm über Ort, Zeit und Menge der Ein- und Ausfuhr, über die Person des Lieferers oder Empfängers sowie über alle den Verkehr mit diesen Stoffen und Zubereitungen betreffenden Fragen Auskunft zu erteilen und Einsicht in die geschäftlichen Aufzeichnungen und Bücher zu gewähren.

Zur Durchführung der dem Reichsgesundheitsamt obliegenden Aufsicht über Ein- und Ausfuhr können auch die Zollabfertigungspapiere sowie die Ausfuhranmeldescheine benutzt werden.

Die den Landesregierungen zustehenden gesundheitspolizeilichen Befugnisse bleiben unberührt.

§ 2. Die Einfuhr und Ausfuhr der im § 1 genannten Stoffe und Zubereitungen, ihre gewerbsmäßige Herstellung und Verarbeitung, der Handel mit ihnen sowie ihr Erwerb und ihre Veräußerung ist nur den Personen gestattet, denen hierzu die Erlaubnis erteilt worden ist. Die Erteilung der Erlaubnis erfolgt, gegebenenfalls nach Anhörung der für den Ort der Niederlassung zuständigen Handelskammer, durch die Landeszentralbehörden im Einvernehmen mit dem Reichsministerium des Innern. In der Erlaubnis sind die Oertlichkeiten, für die sie erteilt wird, zu bezeichnen.

Die Erlaubnis kann auf bestimmte Mengen oder auf eine bestimmte Zeit beschränkt werden.

Die Erlaubnis kann versagt werden, wenn Bedenken des Gesundheitsschutzes oder persönliche Gründe ihrer Erteilung entgegenstehen. Die erteilte Erlaubnis kann aus den gleichen Gründen widerrufen werden.

In den Apotheken dürfen diese Stoffe und Zubereitungen ohne die im Abs. 1 bezeichnete Erlaubnis, jedoch nur als Heilmittel, erworben, hergestellt, verarbeitet oder abgegeben werden.

§ 3. Die Abgabe der im § 1 bezeichneten Stoffe und Zubereitungen an Personen, die eine Erlaubnis gemäß § 2 besitzen, sowie an Apotheken ist nur zulässig auf Grund eines auf den Namen des Erwerbers lautenden Bezugsscheins, in dem Art und Menge der abzugebenden Stoffe oder Zubereitungen genau zu bezeichnen sind. Der Bezugschein wird von der der Aufsicht des Reichsgesundheitsamts unterstehenden Opiumstelle[1]) auf Antrag ausgestellt. In dem Antrag sind auch der noch vorhandene Bestand und der Lieferer, bei dem die Gegenstände bezogen werden sollen, anzugeben.

---

[1]) Nach den Ausführungsbestimmungen vom 26. Februar 1921 befindet sich die Opiumstelle bei der Reichsarbeitsgemeinschaft Chemie, Berlin W 10, Lützowufer Nr. 8.

Die beabsichtigte Ein- und Ausfuhr ist dem Reichsgesundheitsamt anzumelden, die erfolgte Ein- und Ausfuhr ist ihm nachzuweisen.

§ 4. Wer eine Erlaubnis gemäß § 2 erhalten hat, ist verpflichtet, ein Lagerbuch zu führen, in dem der Bestand, der Ein- und Ausgang sowie die Verarbeitung im eigenen Betriebe für jeden der im § 1 genannten Stoffe und Zubereitungen einzeln und nach Tag und Menge gesondert zu vermerken sind. Aus den Eintragungen über Ein- und Ausgang müssen auch Name und Wohnort der Lieferer oder Empfänger ersichtlich sein.

Durch eine mit Zustimmung des Reichsrats ergehende Verordnung kann bestimmt werden, inwieweit die Vorschriften des Abs. 1 auch auf Apotheken Anwendung finden sollen.

§ 5. Die Ein- und Ausfuhr der im § 1 bezeichneten Stoffe und Zubereitungen ist nur über bestimmte Orte zulässig. Der Reichsminister des Innern bestimmt diese Orte sowie die Bedingungen, unter denen die Ein- und Ausfuhr erfolgen darf.

Die Ausfuhr nach den Ländern, Besitzungen, Kolonien und Pachtgebieten der Mächte, die dem internationalen Opiumabkommen beigetreten sind, ist nur unter Beachtung der Bestimmungen zulässig, die von dem Einfuhrlande für die Einfuhr dieser Stoffe erlassen sind.

§ 6. Die Bestimmungen dieses Gesetzes können durch eine Zustimmung des Reichsrats ergehende Verordnung ausgedehnt werden auf jeden neuen Abkömmling des Morphins, des Kokains oder ihrer Salze oder auf jedes andere Alkaloid des Opiums, die nach wissenschaftlicher Feststellung die gleichen schädigenden Wirkungen ausüben können.

§ 7. Die Einfuhr und Ausfuhr, die Herstellung sowie jegliches Inverkehrbringen von zubereitetem Opium (Rauchopium) ist verboten.

Unter das Verbot des Abs. 1 fallen auch der sogenannte Droß und alle anderen Rückstände von Rauchopium.

§ 8. Mit Gefängnis bis zu sechs Monaten und mit Geldstrafe bis zu zehntausend Mark oder mit einer dieser Strafen wird, sofern nicht nach anderen Strafgesetzen eine schwerere Strafe verwirkt ist, bestraft:

1. Wer die im § 1 Abs. 1 aufgeführten Stoffe und Zubereitungen ohne die im § 2 vorgesehene Erlaubnis einführt, ausführt, herstellt, verarbeitet, erwirbt, veräußert oder sonst in den Verkehr bringt oder sie in nicht genehmigten Oertlichkeiten herstellt, verarbeitet, aufbewahrt, feilhält oder abgibt;
2. wer diese Stoffe ohne den im § 3 vorgesehenen Bezugsschein erwirbt oder veräußert oder von den in diesem Scheine festgesetzten Mengen oder sonstigen Bedingungen abweicht;
3. wer den auf Grund des § 5 erlassenen Bestimmungen über Ein- oder Ausfuhr zuwiderhandelt;
4. wer Rauchopium oder dessen Rückstände einführt, ausführt, herstellt oder in Verkehr bringt;
5. wer die Führung des Lagerbuchs unterläßt oder unrichtige oder unvollständige Eintragungen vornimmt oder der ihm obliegenden Auskunftspflicht nicht nachkommt.

Neben der Strafe kann auf Einziehung der Gegenstände, auf die sich die strafbare Handlung bezieht, erkannt werden, ohne Unterschied, ob sie dem Täter gehören oder nicht.

§ 9. Die zur Ausführung dieses Gesetzes erforderlichen Bestimmungen erläßt die Reichsregierung mit Zustimmung des Reichsrats.

§ 10. Das Gesetz tritt am 1. Januar 1921 in Kraft. Gleichzeitig tritt die Verordnung über den Verkehr mit Opium und anderen Betäubungsmitteln vom 20. Juli 1920 (R. G. Bl. S. 1464) außer Kraft. Eine auf Grund dieser Verordnung erteilte Erlaubnis behält jedoch Geltung bis zum 31. März 1921, es sei denn, daß sie vorher zurückgenommen wird.

Wer sich bisher bereits mit der Herstellung der im § 1 Abs. 1 bezeichneten Stoffe und Zubereitungen befaßt hat, darf nach dem 31. März 1921 diesen Betrieb nur fortsetzen, wenn er hierzu die durch dieses Gesetz vorgesehene Erlaubnis besitzt.

B. Preußen.

Gewährung von Notzuschlägen zum Grundgehalt, zur Grundvergütung und zum Ortszuschlag der Staatsbeamten, Lehrer usw. Verordnung des Staatsministeriums vom 8. Februar 1921.

Das Staatsministerium hat auf Grund des Artikels 55 der Verfassung des Freistaats Preußen vom 30. November 1920 in Uebereinstimmung mit dem im Artikel 26 der Verfassung vorgesehenen Ständigen Ausschuß der Landesversammlung folgende Verordnung mit Gesetzeskraft erlassen:

Einziger Paragraph.

(1) Zum Grundgehalt, zur Grundvergütung und zum Ortszuschlag der Staatsbeamten und Lehrpersonen, deren Bezüge durch das Beamten-Diensteinkommensgesetz vom 17. Dezember 1920, das Gesetz über das Diensteinkommen der Leiter und Lehrer an nichtstaatlichen höheren Lehranstalten vom 17. Dezember 1920, das Volksschullehrer-Diensteinkommensgesetz vom 17. Dezember 1920, das Mittelschullehrer-Diensteinkommensgesetz vom 14. Januar 1921 und das Gewerbe- und Handelslehrer-Diensteinkommensgesetz vom 14. Januar 1921 geregelt sind, wird bis zur nächsten anderweiten Festsetzung des Ausgleichszuschlags durch den Staatshaushaltsplan mit Wirkung vom 1. Januar 1921 neben dem bisher geltenden Ausgleichszuschlag ein Notzuschlag gewährt, der in den Orten der Ortsklasse A: 20%, B: 17%, C: 15%, D: 10%, E: 5% der eingangs genannten Bezüge beträgt.

(2) Entsprechend erhöht sich gemäß § 23 Abs. 2 und 3 des Beamten-Diensteinkommensgesetez vom 17. Dezember 1920 der Versorgungszuschlag der Wartegeldempfänger, Ruhegehaltsempfänger und Witwen.

(3) Für die Höhe des Notzuschlags ist bei den im Amt befindlichen Staatsbeamten und Lehrpersonen der dienstliche Wohnsitz, bei den Wartegeldempfängern, Ruhegehaltsempfängern und Witwen der Wohnsitz der zum Empfang der Versorgungsbezüge Berechtigten maßgebend.

Aenderung des Stempelsteuergesetzes. Gesetz vom 14. Jan. 1921.

Art. 1. Das Stempelsteuergesetz vom 31. Juli 1895 / 26. Juni 1909 in der Fassung der Bekanntmachung vom 30. Juni 1909 wird dahin abgeändert:

1. Zu den auf Grund des Tarifs zu erhebenden Stempelbeträgen werden, soweit die Höhe des im Einzelfalle zu erhebenden Stempelbetrages nicht nach dem Werte des Gegenstandes zu berechnen ist, Zuschläge von 300 p c.[1]), im übrigen außer in den unter Nr. 2 bezeichneten Fällen Zuschläge von 100 p. c. erhoben.

3. Im § 4 des Gesetzes (sachliche Stempelsteuerbefreiungen) tritt an Stelle der Vorschrift im Abs. 1 unter a folgende Vorschrift: „Urkunden über Gegenstände, deren Wert nach Geld geschätzt werden kann, wenn dieser Wert 300 M. nicht übersteigt, insoweit nicht der Tarif entgegenstehende Bestimmungen enthält."

Art. 2. Die Ausführung dieses Gesetzes liegt dem Finanzminister ob.

Art. 3. Sofern im Einzelfalle die Zahlung oder zwangsweise Beitreibung des nach Artikel 1 geschuldeten Zuschlages mit besonderen Härten für den Steuerpflichtigen verbunden ist, kann der Finanzminister auf Antrag den Zuschlag ganz oder teilweise erlassen.

Art. 4. Dieses Gesetz tritt am 1. Februar 1921 in Kraft und gilt für die Zeit bis zum 31. März 1922 einschließlich.

Preiserhöhung für hochwertige Sera zu Blutuntersuchungen für gerichtliche Zwecke. Erlaß des Ministers für Wissenschaft usw. vom 1. Februar 1921 — U I 10253 —.

Der Herr Reichsminister des Innern hat genehmigt, daß für 1 ccm präzipitierenden Serums 16 M. und für 1 ccm normalen Kaninchenserums 4 M. erhoben werden. Unter Abänderung meines Erlasses vom 17. September 1919 — U I 12551 — genehmige ich, daß die gleichen Sätze auch von dem dortigen Hygienischen Institut erhoben werden. Die Verpackungs- und Versandkosten

[1]) Danach beträgt also künftig der Stempel für amtliche Zeugnisse (Befähigungszeugnisse für Desinfektoren, Apothekerlehrlinge, Hebammenschülerinnen usw.), Beglaubigung von Zeugnissen (z. B. privatärztliche, für Apothekergehilfen), Auszüge aus den Akten usw.: 12 Mark.

sind in den genannten Sätzen nicht enthalten und müssen besonders berechnet werden.

Maßnahmen zur Verhütung einer Einschleppung der Cholera sowie Einreichung der Wochennachweisungen bei Cholera- und Fleckfieberfällen. Rund-Erlaß des Ministers für Volkswohlfahrt vom 13. Januar 1921 — I M III 2670 — an sämtliche Herren Regierungspräsidenten.

Nach hierher gelangten Mitteilungen soll die Cholera in Olita und Grodno sowie in den Gefangenenlagern in Posen und Stralkowo verbreitet sein Neuerdings ist gemeldet worden, daß Bialystok für den Personenverkehr gesperrt sei, weil dort täglich bis zu 100 Personen an Cholera sterben. Wenngleich bei der zu erwartenden kalten Witterung die Gefahr der Weiterverbreitung der Cholera vorderhand nicht besonders groß erscheint, muß doch bei den ungünstigen hygienischen Zuständen in Polen mit der Verschleppung von Choleraerkrankungen nach Preußen ernsthaft gerechnet werden.

Mit Rücksicht hierauf ersuche ich ergebenst um gefällige Aeußerung über den Zustand der im Bezirk vorhandenen staatlichen Cholerabaracken und Desinfektionseinrichtungen. Sofern hier Neuanlagen oder Verlegungen notwendig werden sollten, sehe ich hierüber einer eingehenden Begründung entgegen. In den Bezirken östlich der Elbe bitte ich diese Aeußerungen auch auf die früher eingerichtet gewesenen Stromüberwachungsstellen auszudehnen. Es ist Vorsorge dahin zu treffen, daß diese nötigenfalls schnellstens wieder eröffnet werden können. Die Bestimmung des Zeitpunktes der Eröffnung behalte ich mir für jeden Einzelfall vor. Kosten dürfen der Staatskasse durch die jetzt angeordneten lediglich vorbereitenden Maßnahmen nicht erwachsen.

Die Kreismedizinalbeamten und die praktischen Aerzte wollen Sie auf die Gefahr der Choleraeinschleppung aus Polen in geeigneter Weise besonders aufmerksam machen.

Dem im Bezirk belegenen Medizinaluntersuchungsamt wollen Sie in meinem Namen aufgeben, sich alsbald mit diagnostischem Choleraserum zu versehen.

Bei einem weiteren Herannahen der Choleragefahr bitte ich auf einen genügenden Schutz der Wasserwerke Ihr ganz besonderes Augenmerk zu richten. Die nach dem Erlaß vom 14. August 1919 — M 13346 — (Min.-Bl. f. Med.-Ang. S. 202) einzureichenden Wochennachweisungen sind auch dem Reichsgesundheitsamte regelmäßig in einem Stück zu übersenden. Dies gilt auch für die Nachweisungen über Erkrankungen und Todesfälle an Fleckfieber, worauf nochmals ausdrücklich hingewiesen sei.

Verwendung von Borsäure bei der Herstellung von Krabbenkonserven. Rund-Erlaß des Ministers für Volkswohlfahrt vom 13. September 1920 — I M II 2030 — an sämtliche Herren Regierungspräsidenten.

Im Einvernehmen mit dem Herrn Reichsminister des Innern sowie in Uebereinstimmung mit den in den übrigen deutschen Ländern getroffenen Maßnahmen erklären wir uns damit einverstanden, daß bis auf weiteres in Krabbenkonserven 0,5 v. H. Borsäure geduldet werden, sofern dieser Zusatz auf den für die Verbraucher bestimmten Umhüllungen deutlich angegeben wird.

Wir sind hierbei von der Erwägung ausgegangen, daß es bisher den Herstellern von Krabbenkonserven noch nicht durchweg gelungen ist, ohne Verwendung von Borsäure eine verkehrsfähige Ware anzufertigen, und daß die Durchführung weiterer einschlägiger Versuche zurzeit besonderen Schwierigkeiten begegnet. Weiter ist berücksichtigt worden, daß, sofern die Verwendung der Borsäure bei der Haltbarmachung von Lebensmitteln auf die Anfertigung von Krabbenkonserven beschränkt wird, die Borsäuremengen, die alsdann gelegentlich zum Genuß gelangen, so gering sind, daß sie die menschliche Gesundheit nicht gefährden dürften. Und schließlich pflegt die Bevölkerung Krabbenkonserven nicht regelmäßig und nicht in großen Mengen zu genießen.

Wir ersuchen ergebenst, die mit der Ueberwachung des Verkehrs mit Lebensmitteln betrauten Beamten und Sachverständigen, insbesondere die öffentlichen Nahrungsmitteluntersuchungsanstalten, anzuweisen, hiernach zu verfahren.

Verantwortlich für die Schriftleitung: Prof. Dr. Rapmund, Geh. Med.-Rat in Lippspringe.
Druck von J. C. C. Bruns, Minden i. W.

Rechtsprechung u. Medizinal-Gesetzgebung

Beilage zur Zeitschrift für Medizinal-Beamte

Nr. 7. 5. April. 1921.

Medizinal-Gesetzgebung.

A. Deutsches Reich.

Maßnahmen zum Schutze der in Krankenanstalten beschäftigten Krankenpflegepersonen gegen Erkrankung an Tuberkulose. Rundschreiben des Reichsministers des Innern vom 10. November 1920 — II A 6238 — an sämtliche Landesregierungen usw.[1])

Der Reichsgesundheitsrat (Unterausschuß für Tuberkulose) hat sich in einer am 30. April 1920 unter Hinzuziehung zahlreicher sonstiger Sachverständiger abgehaltenen Beratung mit der Frage befaßt, welche Maßnahmen sich zum Schutze der in Krankenanstalten beschäftigten Krankenpflegepersonen gegen Erkrankung an Tuberkulose empfehlen. Nach den von den Mitgliedern des Reichsgesundheitsrats Generalarzt Dr. Schmidt und Geheimen Ober-Med.-Rat Dr. Balser erstatteten Referaten fand eine eingehende Aussprache statt, an der sich neben den anwesenden ärztlichen Sachverständigen insbesondere auch die Vertreter der Organisationen der Krankenpflegepersonen beteiligten. Auf Grund der Verhandlungen wurden vom Reichsgesundheitsrat die nachstehenden Schlußsätze angenommen:

1. Nach dem Ergebnis der angestellten statistischen Erhebungen war beim Krankenpflegepersonal bis zum Jahre 1910 die Tuberkuloseerkrankungsziffer nicht besonders hoch. Mit einer Steigerung ist jedoch bei jeder allgemeinen Zunahme der Tuberkulose zu rechnen.

2. Die Gelegenheit zur Tuberkuloseübertragung auf das Pflegepersonal wird wesentlich vermindert, wenn in den Krankenhäusern besondere Abteilungen für tuberkulöse Lungenkranke eingerichtet werden. Mindestens sollten ansteckende Tuberkulöse gesondert von anderen Kranken untergebracht werden.

3. Personen, deren Körperbau oder körperliche Entwicklung sie als weniger widerstandsfähig kennzeichnet, oder die die Zeichen einer latenten Tuberkulose erkennen lassen oder früher Tuberkulose der Drüsen, Knochen, Gelenke usw. überstanden haben, eignen sich wegen ihrer besonderen Gefährdung, an Tuberkulose zu erkranken, nicht für den Krankenpflegeberuf. Die Auswahl des Pflegepersonals für Tuberkuloseabteilungen und Lungenheilstätten ist nach einer sorgfältigen ärztlichen Untersuchung zu treffen. Während der Dauer der Beschäftigung ist das Personal mit Bezug auf seinen Gesundheitszustand ständig ärztlich zu überwachen; insbesondere ist auch das Körpergewicht regelmäßig festzustellen.

4. Wird eine Pflegeperson von einer Krankheit befallen, durch die die Empfänglichkeit für Lungentuberkulose erfahrungsgemäß sich erhöht, so ist sie im Pflegedienst nicht eher wieder zu beschäftigen, als bis sie von der Krankheit völlig wiederhergestellt ist.

Bei verdächtigen Erscheinungen (Blutarmut, Rückgang des Körpergewichts, leichten Erhöhungen der Körperwärme, Husten) ist das Pflegepersonal

---

[1]) Ist in den einzelnen Bundesstaaten den nachgeordneten Behörden zur Nachachtung mitgeteilt; in Preußen durch Rund-Erlaß des Ministers für Volkswohlfahrt vom 14. Februar 1921 — I M. III Nr. 2545 — an sämtliche Herren Regierungspräsidenten mit dem Ersuchen, das Erforderliche bei den ihnen unterstellten Anstalten zu veranlassen; wegen des Pflegepersonals bei Anstalten der evangelischen Landeskirche nach Benehmen mit den Konsistorien. Wegen der Anstalten der katholischen Orden und religiösen Orden erfolgt noch besondere Anweisung.

von dem Krankenpflegedienst bei Tuberkulösen solange zu befreien, bis eine sorgfältige ärztliche Untersuchung die volle Dienstfähigkeit festgestellt hat. In Lungenheilstätten und ausnahmsweise auch in Sonderabteilungen für Tuberkulöse dürfen Pflegepersonen, die mit nicht ansteckender Tuberkulose behaftet sind, nach ärztlichem Ermessen beschäftigt werden.

5. Das Personal ist alsbald nach seinem Eintritt in die Krankenanstalt über die Verbreitungswege der Tuberkulose zu belehren und fortlaufend so zu erziehen, daß alle Maßregeln gegen die Uebertragung von ihm beachtet werden. Insbesondere ist dem Personal die Bedeutung der Tröpfcheninfektion und der Einatmung von vertrocknetem und verstäubtem Lungenauswurf, namentlich auch beim Ordnen der Lagerstätten und beim Handhaben der gebrauchten Wäsche, ebenso die Bedeutung der Hände als Vermittler der Uebertragung einzuprägen Auch ist das Personal auf die Wichtigkeit eines verständigen und ordentlichen Lebenswandels hinzuweisen.

Die Kranken der Anstalt anderseits sind hygienisch zu erziehen und in der fortlaufenden Desinfektion ihres Auswurfs zu unterrichten.

6. Auf Abwechselung und auf eiweiß- und fettreiche Kost für das Tuberkulosepflegepersonal ist Bedacht zu nehmen; es ist ihm die Möglichkeit zu geben, seine Mahlzeiten getrennt von den Kranken, wo möglich, in eigenen Räumen, einzunehmen. Die Schlafräume für Pflegepersonen sollen nicht in unmittelbarem Zusammenhang mit den Schlafräumen von Kranken stehen.

7. Alljährlich soll dem Tuberkulosepflegepersonal ein angemessener Urlaub, dem ständigen Personal in der Dauer von mindestens vier Wochen, während der warmen Jahreszeit gewährt werden. Im übrigen ist für Schaffung von Aufenthaltsmöglichkeiten im Freien, auf sonnigen Plätzen, mit Ruhegelegenheiten Sorge zu tragen.

8. In den Tuberkuloseabteilungen und in den Lungenheilstätten ist nur ausgebildetes, mit den Vorbeugungsmaßregeln gegen die Uebertragung der Tuberkulose gut vertrautes Pflegepersonal zu verwenden.

Es ist in seiner Beschäftigung, wenn möglich, einem regelmäßigen Wechsel hinsichtlich der Krankenabteilung in nicht zu großen Zeitabständen zu unterwerfen.

9. Eine erhöhte Uebertragungsgefahr besteht auch in den Unreinen- und in den Siechenabteilungen der Irrenanstalten. In diesen Abteilungen der Irrenanstalten ist daher den Abwehrmaßnahmen gegen Tuberkulose ganz besondere Achtsamkeit zuzuwenden. Die Kranken, bei denen Tuberkulose festgestellt ist, sind von den übrigen Kranken abzusondern.

Verbot des Anfertigens und Verpackens von Präservativs, Sicherheitspressarien, Suspensorien und dergleichen in der Hausarbeit. Verordnung des Reichsarbeitsministers vom 1. Februar 1921.

Auf Grund des § 10 Abs. 2 des Hausarbeitsgesetzes vom 20. Dezember 1911 (Reichs-Gesetzbl. S. 976) und des Artikels 179 Abs. 2 der Reichsverfassung wird hierdurch mit Zustimmung des Reichsrats das Anfertigen und Verpacken Präservativs, Sicherheitspessarien, Suspensorien und anderen zu ähnlichen Zwecken dienenden Gegenständen in der Hausarbeit verboten.

Die Verordnung tritt einen Monat nach der Verordnung in Kraft.

B. Preußen.

Ausbau der Tuberkulosefürsorge. Rund-Erlaß des Ministers für Volkswohlfahrt vom 4. Februar 1921 — I M III 1945 — an sämtliche Herren Regierungspräsidenten und Oberpräsidenten.

Aus den auf den Erlaß vom 16. Februar 1920 — I M III 94 — hier eingereichten Berichten habe ich ersehen, daß in den meisten Regierungsbezirken trotz der gegenwärtigen ungünstigen wirtschaftlichen Verhältnisse Erfreuliches im Kampfe gegen die Tuberkulose geleistet worden ist, daß aber anderseits in einigen Bezirken bisher wenig in dieser Beziehung erreicht und daß insbesondere auf die Vermehrung und den Ausbau von Wohlfahrtsämtern in den Kreisen als kommunaler Einrichtungen noch nicht in genügender Weise Bedacht genommen worden ist.

Die beiden ersten Punkte des genannten Erlasses, Erfassung aller Fälle

von Tuberkuloseerkrankungen und Ausdehnung des Tätigkeitsbereiches der Fürsorgestellen auf den Mittelstand, erachte ich durch die bisherige Berichterstattung als geklärt.

Da das Haushaltsjahr einiger Wohlfahrtsämter, wie ich aus den Berichten ersehen habe, am 31. März abläuft, will ich den diesjährigen und allen weiteren Jahresberichten nicht schon zum 1. April, sondern erst zum 1. Juli eines jeden Jahres entgegensehen.

Die Berichte haben sich auf die in der Zeit vom 1. April 1920 bis 31. März 1921 gemachten Fortschritte auf folgenden Gebieten zu erstrecken:

1. Organisationen von Einrichtungen zu ambulanter Behandlung chirurgiccher Tuberkulöser mittels Ernährungstherapie und Licht auf Grund der von Bier und Kisch gesammelten Erfahrungen.

2. Wohnungsfürsorge, Untersuchung, Ueberwachung und vorbeugende Behandlung aller Familienmitglieder von Erkrankten in ihren Wohnungen oder in der Fürsorgestelle, Obhut der in Heilstätten aufzunehmenden Kranken während der Wartezeit und Betreuung der aus den Heilstätten und Krankenhäusern Entlassenen in Verbindung mit Arbeitsnachweisen für sie.

3. Fortführung der bestehenden Einrichtungen.

4. Beobachtungen über Tuberkulose der Kleinkinder und Maßnahmen zu deren Bekämpfung.

Bei der Zusammenstellung der Berichte ersuche ich nicht nach örtlichen (nach Kreisen), sondern nach sachlichen Gesichtspunkten (unter Anlehnung an die in diesem Erlaß genannten vier Punkte) zu verfahren.

Verrechnung der Kosten der Dienstmarken zu den Meldungen von übertragbaren Krankheiten. Erlaß des Ministers für Volkswohlfahrt vom 21. Februar 1921 — I M III 2497 — an den Herrn Regierungspräsidenten in Liegnitz.

Wegen der Verwendung von Dienstmarken zu den Anzeigen über ansteckende und übertragbare Krankheiten verweise ich ergebenst auf den Erlaß vom 2. November v. Js. — I M III 2128 —. Die durch die Beschaffung der Dienstmarken erwachsenden Kosten sind, wie ich im Einvernehmen mit dem Herrn Finanzminister mitteile, bei dem Geschäftsbedürfnisfonds bezw. bei dem Titel „Insgemein“ derjenigen Behörde zu verrechnen, die die gemäß Erlaß vom 2. November v. Js. — zu vergl. oben — mit Anschrift, Dienststempel und Dienstmarken zu versehenden Meldeformulare abgibt. Es ist nicht notwendig, daß diese Fonds bei dem Haushalt für Volksgesundheit ausgebracht sind.

C. Bayern.

Bayerische Arbeitsgemeinschaft zur Förderung der Volksgesundheit. Bekanntmachung des Staatsministeriums des Innern vom 22. November 1920.

Die planmäßige Förderung der Volksgesundheit ist eine der wichtigsten Aufgaben der Gegenwart. Das Ziel der hierauf gerichteten Bestrebungen wird durch Zusammenfassung der der Volksgesundheit dienenden Kräfte und in gemeinsamer Arbeit am sichersten erreicht. In dieser Erkenntnis haben sich der Landesverband für Säuglings- und Kleinkinderfürsorge, der Landesverband zur Bekämpfung der Tuberkulose und der Zweigverein Bayern der Deutschen Gesellschaft zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten am 8. November 1920 unter Wahrung ihrer Selbständigkeit zu einer „Bayer. Arbeitsgemeinschaft zur Förderung der Volksgesundheit“ zusammengeschlossen. Die Satzung wird mit dem Beifügen bekanntgegeben, daß die Arbeitsgemeinschaft im Rahmen ihrer Aufgaben vom Staatsministerium des Innern als Beirat in Anspruch genommen wird.

Satzung der Bayerischen Arbeitsgemeinschaft zur Förderung der Volksgesundheit.

§ 1. Der Landesverband für Säuglings- und Kleinkinderfürsorge, der Landesverband zur Bekämpfung der Tuberkulose und der Zweigverein Bayern der Deutschen Gesellschaft zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten bilden eine Arbeitsgemeinschaft. Die Selbständigkeit der drei genannten Verbände bleibt unberührt.

§ 2. Die Aufgaben der Arbeitsgemeinschaft sind:
1. Gegenseitige Förderung;
2. Vorbehandlung der allen oder mehreren Verbänden gemeinsamen Angelegenheiten;
3. Vereinbarung der Behandlung von Grenzgebieten und der unter 2 genannten Angelegenheiten;
4. Vereinfachung und Verbilligung der Geschäftsführung;
5. Schaffung gemeinsamer Einrichtungen.

§ 3. Die Arbeitsgemeinschaft führt den Namen: „Bayer. Arbeitsgemeinschaft zur Förderung der Volksgesundheit". Sie hat ihren Sitz in München.

§ 4. Der Beitritt weiterer Verbände ist nur bei Zustimmung sämtlicher Vertreter der die Arbeitsgemeinschaft gründenden drei Verbände im Ausschuß zulässig. Der Austritt aus der Arbeitsgemeinschaft ist nur am Schlusse des Rechnungsjahres zulässig und muß spätestens am 1. Januar des dem Austritt vorhergehenden Kalenderjahres dem Ausschuß gegenüber schriftlich erklärt werden.

§ 5. Die Leistungen der Verbände werden vom Ausschuß festgesetzt.

§ 6. Die Arbeitsgemeinschaft wird von einem Ausschuß verwaltet — Der Ausschuß besteht aus den 1. Vorsitzenden und je einem weiteren Vertreter der zur Arbeitsgemeinschaft gehörigen Verbände. — Die Vertreter der Verbände sind deren Bevollmächtigte. Sie bedürfen für die einzelnen Abstimmungen keiner vorherigen Weisung.

Das Staatsministerium des Innern kann bis zu drei Vertreter zum Ausschuß abordnen. Diese haben bei den Wahlen, Beratungen und Beschlußfassungen Sitz und Stimme.

§ 7. Der Ausschuß wählt den Vorsitzenden, dessen Stellvertreter und einen Schriftführer aus seiner Mitte, ferner einen Schatzmeister, der dadurch vollberechtigtes Mitglied des Ausschusses wird.

§ 8. Soweit die Satzung nichts anderes bestimmt (§§ 4 Abs. 1, 13, 14 Abs. 1), entscheidet bei Wahl und Abstimmungen die absolute Mehrheit der Erschienenen. Hierbei muß mindestens je ein Vertreter der zur Arbeitsgemeinschaft gehörigen Verbände anwesend sein. Zu den Wahlen und Verhandlungen ist mindestens 3 Tage vorher unter Angabe der Tagesordnung einzuladen. Bei Stimmengleichheit entscheidet bei den Wahlen das Los, im übrigen die Stimme des Vorsitzenden.

Der Ausschuß tritt nach Bedarf, mindestens aber einmal im Jahre zusammen.

Die Wahlen finden alle drei Jahre statt. Die während der Wahlzeit erforderlichen Ersatzwahlen gelten für den Rest der Wahlzeit.

§ 9. Der Vorsitzende vertritt die Arbeitsgemeinschaft nach außen. Er leitet die Geschäfte und vollzieht die Beschlüsse des Ausschusses.

§ 10. Der Schatzmeister führt das Kasse- und Rechnungswesen und verwaltet das Vermögen der Arbeitsgemeinschaft.

§ 11. Das Rechnungsjahr endet am 31. März jedes Jahres. Der Voranschlag für das folgende Rechnungsjahr ist vom Ausschuß jeweils bis spätestens 31. Dezember festzustellen, die Jahresrechnung spätestens bis zum 1. November zu prüfen und zu verbescheiden. Der Ausschuß kann die Rechnung durch eine oder mehrere von ihm bestimmte Personen prüfen lassen.

§ 12. Die Ausgaben der Arbeitsgemeinschaft werden bestritten aus: a) den Leistungen der Verbände, b) den Zuschüssen aus den öffentlichen Kassen, c) sonstigen Zuwendungen, d) den Zinsen des Vermögens der Arbeitsgemeinschaft.

§ 13. Aenderungen der Satzungen bedürfen der Zustimmung von mindestens sechs Ausschußmitgliedern.

§ 14. Die Arbeitsgemeinschaft endet, wenn der Ausschuß die Auflösung beschließt oder nur noch ein Verband übrig ist. Im ersten Falle muß mindestens je ein Vertreter der Verbände für die Auflösung stimmen. Wird die Auflösung beschlossen, so bestimmt der Ausschuß die Verwendung des Vermögens, sonst das Staatsministerium des Innern. Das Vermögen darf nur zu Zwecken verwendet werden, die im Arbeitsgebiete der Arbeitsgemeinschaft liegen.

Verantwortlich für die Schriftleitung: Prof. Dr. Rapmund, Geh. Med.-Rat in Lippspringe.
Druck von J. C. C. Bruns, Minden i. W.

Rechtsprechung u. Medizinal-Gesetzgebung

Beilage zur Zeitschrift für Medizinal-Beamte

Nr. 8. 20. April. 1921.

Rechtsprechung.

Zurücknahme des Prüfungszeugnisses einer Hebamme wegen Unzuverlässigkeit, die sich durch wiederholte Verstöße gegen die Dienstanweisung und das Hebammenlehrbuch erkennbar macht. Entscheidung des Oberverwaltungsgerichts (III. Senats) vom 16. Juni 1919 (III. B. 8. 19.) (Aus dem Preuß. Verwaltungsblatt; 1919/20, Nr. 22, S. 257.)

Zurücknahme des Hebammmenzeugnisses wegen Unzuverlässigkeit. Begriff der Unzuverlässigkeit. Entscheidung des Oberverwaltungsgerichts (III. Senats) vom 30. Oktober 1919 (III. B. 25. 19).

Eine Hebamme zeigt sich unzuverlässig, wenn sie überhaupt auf an sie gerichtete Bitten um Gewährung von Abtreibungsmitteln eingeht, insbesondere wenn sie zwar selbst nicht die Absicht hat, eine Abtreibung vorzunehmen oder zu fördern, und dazu an sich ungeeignete Mittel verabreicht oder verwendet, aber den die Abtreibung beabsichtigenden Personen Hilfsmittel gibt oder Handreichungen tut, die diese nach den Angaben der Hebamme als wirksam ansehen können oder sollen. Es ist den Hebammen nach § 17 ihrer Dienstanweisung streng untersagt, die Grenzen der ihnen durch das Lehrbuch zugewiesenen Hilfsleistungen zu überschreiten, und hierzu gehört jede Art von Befassung mit Abtreibungen. Tut eine Hebamme dies nur zum Schein, indem sie angeblich wirksame, aber tatsächlich zur Abtreibung ungeeignete Mittel abgibt, so liegt darin gleichzeitig eine Täuschung der ihre Hilfe zum Zwecke der Abtreibung in Anspruch nehmenden Personen, und wenn sie gegen Entgelt tätig wird, gleichzeitig eine betrügerische Ausbeutung dieser Person. Daß eine Hebamme, die dies tut, unzuverlässig in Beziehung auf ihren Beruf ist, kann keinem Zweifel unterliegen.

(Aus dem Preuß. Verwaltungsblatt; 1919, Nr. 30, S. 344.)

Medizinal-Gesetzgebung.

A. Preußen.

Kreisärztliche Gebühren für die Untersuchung und Begutachtung des Gesundheitszustandes von Reichs- oder unmittelbaren Staatsbeamten. Runderlaß des Ministers für Volkswohlfahrt vom 14. März 1921 — I M. Nr 2308 — an sämtliche Herren Regierungspräsidenten.

Die Untersuchung und Begutachtung des Gesundheitszustandes von Reichs- oder unmittelbaren Staatsbeamten gehört, sofern es sich nicht um die im § 34 Abs. 1 Ziffer 5 der Dienstanweisung vorgesehenen Fälle handelt, zu den vertrauensärztlichen Verrichtungen der Kreisärzte (§ 115 Abs. 2b der Dienstanweisung). Der Kreisarzt kann daher für diese Verrichtungen Gebühren beanspruchen.

Was deren Bemessung anlangt, so bezieht sich der dem Gesetze, betreffend die Gebühren der Medizinalbeamten, vom 14. Juli 1909 beigegebene Tarif im Abschnitt B, über den Rahmen der Ueberschrift hinausgehend, auch auf einzelne Verrichtungen, die zur vertrauensärztlichen Tätigkeit der Kreisärzte gehören. Dies gilt unter anderem für die im Abschnitt 7 unter Ziffer 19 angegebenen Verrichtungen, unter die auch die Ausstellung von Zeugnissen und die Erstattung von Gutachten über den Gesundheitszustand von Beamten fallen.

Da die Höhe der Gebühren für diese Verrichtungen der Kreisärzte mithin durch eine Spezialvorschrift geregelt ist, so ist sie nach dieser Vorschrift und

nicht nach der Gebührenordnung für approbierte Aerzte und Zahnärzte vom 1. September 1920 zu bemessen.

Ich ersuche daher, die Kreisärzte anzuweisen, allgemein von jetzt an die Gebühren für die Untersuchung und Begutachtung des Gesundheitszustandes von Reichs- oder unmittelbaren Staatsbeamten nach dem Tarif vom 14. Juli 1909 / 20. Dezember 1920 in Rechnung zu stellen.

Erhöhung der Gebühren für Massenimpfungen. Erlaß des Ministers für Volkswohlfahrt vom 4. März 1921 — I M III 151 — an den Herrn Regierungspräsidenten in S.

Nach § 2 des preußischen Gesetzes vom 12. April 1875, betreffend die Ausführung des Reichsimpfgesetzes, gehört u. a. zu den von den Kreisen und Amtsverbänden zu tragenden Kosten die Remunerierung der Impfärzte. Anträge von Impfärzten auf Erhöhung ihrer Bezüge sind daher an die zuständigen Kommunalverbände zu richten. Die Festsetzung dieser Vergütungen unterliegt lediglich der freien Vereinbarung.

Für Massenimpfungen im Sinne der Erlasse vom 2. Juni 1917 / 8. Juni 1920 — M 12132, I M III 1229/20 — (Min.-Blatt für Med.-Ang. 1917 S. 225, Amtsblatt „Volkswohlfahrt" 1920 S. 124) wird im Hinblick auf die inzwischen weiter eingetretene Teuerung eine Erhöhung der bisherigen Vergütung von 1 M. auf 2 M. für jede geimpfte Person (mindestens jedoch insgesamt 50 M. für einen Termin) als angemessen erachtet.

Dienstbarmachung der Kur- und Badeorte für die Sozialversicherten und für die minderbemittelte Bevölkerung. Rund-Erlaß des Ministers für Volkswohlfahrt vom 1. März 1921 — I M II 418 — an die Herren Oberpräsidenten.

Die verfassunggebende Preußische Landesversammlung hat in der Sitzung vom 1. Oktober v. Js. auf Antrag der Abgeordneten Dr. Schmittmann, Dallmer und Genossen beschlossen, die Staatsregierung zu ersuchen, dem Wohlfahrtsministerium einen maßgebenden Einfluß in sozialhygienischer und sanitärer Hinsicht auf die staatlichen und sonstigen Bäder einzuräumen und es zu Vorschlägen darüber zu veranlassen, auf welchem Wege die staatlichen Bäder sowie die in Gemeinde- oder Privatbesitz befindlichen Bäder in Preußen den Sozialversicherten und der minderbemittelten Bevölkerung einschließlich Mittelstand dienstbar gemacht werden könnten. Bereits auf Grund der Verhandlungen in dem 10. Ausschuß (Bevölkerungspolitik) der verfassunggebenden Landesversammlung über den Antrag Schmittmann-Dallmer war durch den Erlaß vom 16. Juli 1920 — I M II 1681 — von den nachgeordneten Behörden Bericht darüber erfordert worden, was seitens der Kurverwaltungen in Preußen bisher geschehen ist und geschieht, um den Sozialversicherten und der minderbemittelten Bevölkerung die Inanspruchnahme der Heilfaktoren in den Kurorten durch Kostenermäßigung zu ermöglichen, und was noch geschehen könnte, um diese sozialhygienische Inanspruchnahme zu fördern. Hierbei ist zu beachten, daß die Kurkosten bei einem Heilverfahren sich im wesentlichen aus folgenden Einzelkosten zusammensetzen: 1. den Reisekosten nach und von dem Kurorte, 2. den Kosten für Miete und Verpflegung, 3. den Kosten für den Gebrauch der Kurmittel, für etwaige Pflege und Wartung sowie für den Arzt, 4. den Kosten für die Kurtaxe.

Aus den erstatteten Berichten hat sich ergeben, daß in der Mehrzahl der preußischen Kurorte bereits jetzt die Kosten zu 3 und 4 für die Sozialversicherten und die minderbemittelte Bevölkerung seitens der Kurverwaltungen ermäßigt und zum Teil erheblich herabgesetzt worden sind. Auf die Herabsetzung der Hauptkosten jedoch unter 1 und 2 haben die Kurortverwaltungen keinen Einfluß . . .

Es ist daher in Anregung gebracht worden, daß die für die Unterbringung mittelloser Kurbedürftigen und erkrankter Sozialversicherten in erster Linie zuständigen Gemeindeverbände und Versicherungsträger ihre Kranken und Erholungsbedürftigen mehr als bisher in derartigen Kuranstalten unterbringen, soweit aber entsprechende Anstalten in den Kurorten nicht bereits bestehen, solche selbst übernehmen. Zu diesem Zwecke würden sie freigewordene militärische Gelände und Gebäude oder zum Verkauf stehende Pensionshäuser er-

2. Pocken.

Zur Färbung der Guarnierischen Körperchen. Von Dr. W. Böing, Hilfsarbeiter im Reichsgesundheitsamt. Berliner klinische Wochenschrift; 1920, Nr. 13.

Durch die von Böing angegebene Färbungsmethode ist es möglich, einen gewissen Einblick in die Guarnierischen Körper, über deren Natur noch keine völlige Uebereinstimmung herrscht, zu gewinnen. Es gelang dem Verfasser, in den Zellkernen Gebilde darzustellen, die ihm für die Vakzineinfektion an der Kaninchenkornea spezifisch zu sein scheinen und sich den Körnchen in den Guarnierischen Körpern gleich verhielten.

Dr. Solbrig-Breslau.

3. Unterleibstyphus.

Ueber den Verlauf einer Typhus- und Paratyphusepidemie in Rumänien. Von Dr. G. Wolff, Bakteriologe am Medizinalamt der Stadt Berlin. Berliner klinische Wochenschrift; 1920, Nr. 32.

Es handelte sich um eine Epidemie im Sommer bis Herbst 1917, bei der neben echten Typhuserkrankungen (101) viel zahlreichere Paratyphusfälle (285 Fälle von Paratyhus B, 267 von Paratyphus A) vorkamen. Dieser zahlenmäßige Unterschied zwischen den Typhusfällen wird als Beweis dafür angesehen, daß die Typhusschutzimpfung von Wirksamkeit gewesen ist. Es steht fest, daß sonst die echten Typhuserkrankungen bei weitem gegenüber den Paratyphusfällen überwiegen; hier war es umgekehrt, daher der Schluß wohl berechtigt. Zugleich folgt aus diesen Beobachtungen, daß eine Schutzwirkung der Impfung mit Typhusbazillen auf spätere Paratyphusinfektionen nicht statt hat.

Dr. Solbrig-Breslau.

4. Paratyphus.

Ueber seltenere Eiterungen nach Paratyphus. Von M. Martens. Aus dem Felde und aus dem Krankenhause Bethanien in Berlin. Berliner klinische Wochenschrift; 1920, Nr. 13.

Es werden 2 durch Operation geheilte Fälle von seltener Lokalisation der Eiterung nach Paratyphus, beide vom mazedonischen Kriegsschauplatz, beschrieben. Im ersten Fall handelte es sich um einen großen Abszeß unter dem Zwerchfell, im zweiten Fall um einen Lungenabszeß. Beide Male ließen sich im Eiter bezw. Blut Paratyphus B-Bazillen nachweisen.

Dr. Solbrig-Breslau.

Tagesnachrichten.

Auf die Eingaben des Preußischen Medizinalbeamtenvereins, betreffend a) Erhöhung der Dienstaufwandsentschädigung, b) Gewährung erhöhter Tagegelder in gerichtlichen Angelegenheiten und c) anderweite Festsetzung der Tagegelder und Fuhrkosten, sind jetzt vom Herrn Minister für Volkswohlfahrt die nachstehenden Bescheide eingegangen, von denen die beiden ersten (a u. b) in erfreulicherweise den Wünschen der Medizinalbeamten Rechnung tragen, was von diesen sicherlich dankend anerkannt werden wird.

a)

I. M. I. 789. Berlin W. 66, den 3. April 1921.

„Auf das gefällige Schreiben vom 24. Februar 1921 erwidere ich ergebenst, daß nach eingehenden Verhandlungen mit der Finanzverwaltung in dem Entwurf zum Staatshaushalt für 1921 eine wesentliche Erhöhung der Amtsunkostenentschädigung und zwar für vollbesoldete Kreisärzte auf im Durchschnitt 3600 Mark, für nichtvollbesoldete auf durchschnittlich 1800 Mark vorgesehen ist. Voraussichtlich wird damit die Möglichkeit gegeben, bei der Neufestsetzung der Amtsunkostenentschädigung für die einzelnen Stellen deren Bedürfnisse Rechnung zu tragen.

Weitergehende Bewilligungen konnten angesichts der ungünstigen Finanzlage des Staates nicht erreicht werden. gez. Scheidt."

b)

I. M. I. 768. Berlin W. 66, den 26. März 1921.

„Auf das gefällige Schreiben vom 24. Februar 1921 erwidere ich ergebenst, daß die Gewährung erhöhter Tagegelder an Kreisärzte bei Reisen in gerichtlichen Angelegenheiten durch meinen Runderlaß vom 26. d. M. — I. M. I. Nr. 960 — genehmigt worden ist. Im Auftr. gez. Gottstein."

Der betreffende Ministerialerlaß lautet wie folgt:

„Auf Grund des § 8 Abs. 2 des Reisekostengesetzes genehmige ich im Einverständnis mit dem Herrn Finanzminister, daß den Kreisärzten bei Reisen und gerichtlichen Angelegenheiten bis auf weiteres an Stelle der durch den Runderlaß vom 30. April 1919, M. 1165 (Min.-Bl. f. Med.-Ang. 1919 S. 101) festgesetzten Entschädigung Zuschläge in der gleichen Höhe bewilligt werden, wie sie sich aus dem Runderlasse vom 28. Januar 1920 F. M. I 30285 pp. / 14. Februar 1920 A 3 Nr. 39 und Abschnitt B. des Runderlasses vom 8. Juni 1920 F. M. I. 12111 / 16. Juni 1920 A I Nr. 618 pp. ergeben."[1])

c)

I. M. I. 964. Berlin W. 66, den 26. März 1921.

„Auf den Antrag vom 23. September 1920, betreffend die anderweite Festsetzung der Tagegelder und Fuhrkosten der Kreisärzte entsprechend der durch den Erlaß des Herrn Landwirtschaftsministers vom 30. Juli 1920 getroffenen Regelung,[2]) erwidere ich nach Benehmen mit dem Herrn Finanzminister, daß der Erlaß einer gleichen Anordnung für die Dienstreisen der Kreisärzte nicht beabsichtigt ist. Ich bemerke dabei, daß die Kreistierärzte für Dienstreisen im Amtsbezirk noch Reisekostenpauschvergütungen beziehen und daher der vorher erwähnte Erlaß vom 30. Juli 1920 wie auch der Schlußabsatz ergiebt, die Ermittelung angemessener Pauschvergütungen und die Zuschüsse dazu bezweckt.

Für die Kreisärzte, denen Reisekostenpauschvergütungen seit November 1914 nicht mehr gezahlt werden, sind die durch die Runderlasse vom 28. Januar 1920 / 14. Februar 1920 — F. M. I. 30285 pp; A 3 Nr. 39 — und 3. Juni / 15. Juni 1920 — F. M. 12111 pp.; A I Nr. 618 pp. festgesetzten Entschädigungen zuständig. Eine allgemeine Erhöhung der Fuhrkosten für Landwegsstrecken kommt zuerst nicht in Frage; auf § 8 Abs. 1 des Reisekostengesetzes vom 26. Juli 1910 nehme ich hierbei Bezug.[3])

Im Auftr.: gez. Gottstein."

---

[1]) Die Tagegelder der Medizinalbeamten in gerichtsärztlichen Angelegenheiten werden also künftighin bei mehrtägigen Reisen 40 Mark, bei eintägigen 20 M. und bei sich über zwei Tage erstreckenden, aber innerhalb 24 Stunden beendeten Reisen 80 M. betragen. Leider ist in dem obigen Bescheide nicht zum Ausdruck gebracht, ob auch der Runderlaß vom 17. Juli 1920, betreffend Tagegelder für Dienstreisen nach besonders teuren Städten (s. Beilage zu Nr. 16 dieser Zeitschrift, Jahrg. 1920, S. 92) für Reisen in gerichtsärztlichen Angelegenheiten Anwendung finden soll. Es empfiehlt sich deshalb eine nochmalige Eingabe, die voraussichtlich eine bejahende Antwort bringen wird.

[2]) Der betreffende Ministerialerlaß vom 30. Juli 1920 lautet:

„Mit Rücksicht auf die gesteigerten Unkosten, die bei Reisen auf dem Landwege unter den jetzigen Verhältnissen entstehen, erkläre ich mich nach Benehmen mit dem Herrn Finanzminister damit einverstanden, daß für die Zeit vom 1. April d. Js. ab bis auf weiteres in den Reisekostennachweisungen der Kreistierärzte für den Landweg ein Satz von 2 M. je km in Ansatz gebracht wird. Bezüglich der Berechnung der Fahrtkosten bei Reisen mit der Eisenbahn behält es bei den bisherigen Bestimmungen sein Bewenden. An Tagegeldern sind in Zukunft bei eintägigen Reisen 20 M., bei mehrtägigen Reisen 40 M. in Ansatz zu bringen mit der Maßgabe, daß, wenn bei Reisen, die sich auf 2 Tage erstrecken, die Reise innerhalb 24 Stunden beendet wird, nur das 1$^1/_2$fache der Sätze für mehrtägige Reisen zu berechnen ist."

[3]) Danach werden bei Reisen auf dem Landwege etwaige Mehrkosten aus der Staatskasse ersetzt, so daß der Medizinalbeamte bei Benutzung von Wagen oder Autos keine Gefahr läuft, aus eigener Tasche Geld zuzulegen.

Der bisherige preußische **Minister für Volkswohlfahrt Stegerwald** ist vom preußischen Landtag mit 332 von 389 abgegebenen Stimmen zum preußischen **Ministerpräsidenten** gewählt; er wird aber voraussichtlich die Leitung des bisher von ihm bekleideten Wohlfahrtsministeriums beibehalten.

In den **Reichstag** ist jetzt noch ein **Arzt** als **Mitglied** eingetreten, und zwar der bekannte Sozialhygieniker Prof. Dr. **Grotjan** in Berlin. Er gehört zur sozialdemokratischen Partei.

Bei der **Neuordnung der Groß-Berliner Verwaltung** ist auch eine solche der bisherigen **17 Kreisarztstellen** getroffen und zwar in folgender Weise: 1. Berlin Mitte: Med.-Rat Dr. Börschmann in Charlottenburg, 2. Berlin-Tiergarten: Med.-Rat Dr. Rogowski in Nikolassee, 3. Berlin-Wedding-West: Dr. Gehrke, 4 Berlin-Wedding-Ost: Med.-Rat Dr. Thomalla in Charlottenburg, 5. Berlin-Prenzlauer Tor-West: Med.-Rat Dr. Herrmann, 6. Berlin-Prenzlauer Tor-Ost: Dr. Grimm, 7. Berlin-Friedrichshain: Dr. Schreber, 8. Berlin-Hallesches Tor-Ost: Med.-Rat Dr. Lindemann, 9. Berlin-Hallesches Tor-West: Dr. Knospe in Berlin, 10. Berlin-Charlottenburg: Med.-Rat Dr. Kasten in Charlottenburg, 11. Berlin-Spandau: Kreisassistenzarzt Dr. Mertens in Friedenau, 12 Berlin-Wilmersdorf: Dr. Trembur in Wilmersdorf, 13 Berlin-Schöneberg: Dr. Hüttig in Schöneberg, Berlin-Steglitz: Med.-Rat Dr. Ocker in Lichterfelde, 15. Berlin-Neukölln: Dr. Pflanz in Neukölln, 16. Berlin-Treptow: Dr. Mann in Treptow. 17. Berlin-Pankow: Dr. Weller.

Der **Bayerische Landtag** hat jetzt entgegen dem Antrage seines Staatshaushaltsausschusses, nach dem 5 Millionen Mark für Zwecke des **Gesundheitswesens** in den Haushalt gestellt werden sollten (statt 460000 M)[1]), diesen Betrag auf 2 Millionen Mark festgesetzt. Davon sind 700000 M. für Säuglings- und Kleinkinderfürsorge, 200000 M. für Krüppelfürsorge, 300000 M. für Schulkinder und Jugendliche im Alter von 14—18 Jahren, 400000 M. zur Bekämpfung der Tuberkulose, 200000 M. zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten, 20000 M. zur Bekämpfung des Alkoholismus und 180000 M. zur Veröffentlichung von Arbeiten aus dem Gebiete des Medizinaldienstes und zum Ausbau des Medizinalwesens bestimmt.

In Bayern kann jetzt zu dem **Tagegeld bei Dienstreisen in gerichtsärztlichen Angelegenheiten** für die Landgerichtsärzte und Bezirksärzte, das seit dem 1. September 1920 im Falle des Uebernachtens 40 M. beträgt, ein Teuerungszuschuß von 50 % gewährt werden. Auffallenderweise hat eine gleiche Erhöhung des Tagegeldes bei anderen amtsärztlichen Dienstgeschäften nicht stattgefunden; hier beträgt es für den ganzen Tag 12 M., bei Uebernachten 18 M. und für den halben Tag 6 M., dazu kommen noch 60 % Aufschlag, so daß sich die einzelnen Beträge auf 19,20, 28,80 und 9,60 M. erhöhen.

Vom Sächsischen Landesausschuß zur Bekämpfung der Tuberkulose sind auf Grund der Vorträge auf seiner 2. Vollversammlung am 27. März 1920 recht zweckmäßige **Leitsätze zur Bekämpfung der Tuberkulose im Kindesalter** bearbeitet und jetzt herausgegeben worden. Sie können von der Gärtnerschen Buchdruckerei in Dresden (Georgplatz) zum Preise bei Abnahme von 10 Stück zu je 1,50 M., 50 Stück zu je 1,40 M., 100 Stück zu je 1,30 M., 500 Stück zu je 1,25 M., 1000 Stück zu je 1 M., ausschließlich Porto, bezogen werden.

Anläßlich des 25jährigen Bestehens des Deutschen Zentralkomitees zur Bekämpfung der Tuberkulose findet vom 19. bis 21. Mai 1921 in Bad Elster — Kurhaussaale — ein **Deutscher Tuberkulose-Kongreß** statt mit folgender Tagesordnung:

Mittwoch, den 18. Mai, abends 8 Uhr: Begrüßung der Teilnehmer.

Donnerstag, den 19. Mai, vormittags 9 Uhr und nachmittags 3 Uhr: Entstehung und Verbreitung der Tuberkulose. 1. Ministerialdirektor Prof. Dr. Kirchner-Berlin: Der Einfluß des Weltkrieges auf die Tuberkulose. Generaloberstabsarzt Dr. Schultzen-Berlin: Tuberkulose im deutschen Kriegsheere. Prof. Dr. Abderhalden-Halle: Einfluß der Art der Ernährung auf den Gesundheitszustand des Volkes. 2. Prof. Dr. Reichenbach-Göttingen: Ansteckungsquellen und Ansteckungswege. Prof. Dr. Lydia Rabinowitsch-Berlin: Bedeutung der Haustiere für die Verbreitung der Tuberkulose. Prof. Dr. Abel-Jena: Tuberkulose und Wohnung. Ministerialrat Dr. Kölsch-Berlin: Tuberkulose und Arbeitsstätte. Ministerialrat Prof. Dr. Lentz-Berlin: Die neue preußische Desinfektionsordnung für Tuberkulose. Prof. Dr. Uhlenhuth-Berlin: Neuere Verfahren zur Desinfektion tuberkulösen Sputums. 3. Prof. Dr. v. Wassermann und Prof. Dr Neufeld-Berlin: Immunität bei Tuberkulose. Privatdozent Dr. Bauer-Wien: Konstitution und Disposition.

Freitag, den 20. Mai, vormittags 9½ Uhr und nachmittags 3 Uhr: Behandlung der Tuberkulose mit besonderer Berücksichtigung der Kindertuberkulose. 1. Geheimrat Dr. Turban-Davos: Allgemeine Behandlung der Tuberkulose. 2. Prof. Rietschel-Würzburg: Die Tuberkulose des Kindesalters. Prof. Dr. Moro-Heidelberg: Die Diagnose der Tuberkulose des Kindesalters. Prof. Dr. v. Pirquet-Wien: Ernährungsbehandlung tuberkulöser Kinder. Prof. Dr. Brauer-Hamburg: Operative Behandlung der Lungentuberkulose bei Kindern. Privatdozent Dr. Kisch-Berlin: Sonnenbehandlung der sogenannten chirurgischen Tuberkulose. Dr. Simon-Aprath: Klinische Behandlung der Tuberkulose im Kindesalter mit besonderer Berücksichtigung der Kinderheilstätten. Prof. Dr. Kayserling-Berlin: Lungenherde bei Kindern im Röntgenbilde.

Sonnabend, den 21. Mai, vormittags 9 Uhr und nachmittags 3 Uhr: Die soziale Bekämpfung der Tuberkulose. 1. Präsident Kaufmann-Berlin: Die soziale Bekämpfung der Tuberkulose. Privatdozent Dr. Gräff-Freiburg: Ueber die Bedeutung der Einteilung der Lungentuberkulose nach pathologisch-anatomischen Gesichtspunkten. Prof. Dr. Sauerbruch-München: Die Bedeutung der chirurgischen Behandlung der Lungentuberkulose für die soziale Fürsorge. Prof. Dr. Petruschky-Danzig: Ambulante spezifische Behandlung der Lungentuberkulose. Prof. Dr. Kehrer-Dresden: Schwangerschaft und Tuberkulose. Prof. Dr. Beschorner-Dresden: Berufsberatung und Berufsversorgung. Prof. Dr. Martineck-Berlin: Versorgung tuberkulöser Kriegsbeschädigter. Prof. Dr. Moellers-Berlin: Bekämpfung der Tuberkulose durch die Gesetzgebung. Prof. Dr. Thiele-Dresden: Betriebsräte und Tuberkulose.

Preis der Teilnehmerkarte: 25 Mark; für begleitende Damen: 10 Mark. Sprechzeit für die Hauptvorträge 30, die kleineren Vorträge 15 und in der Erörterung 5 Minuten. Behufs Sicherstellung der erforderlichen Unterkunft werden Anmeldungen zur Teilnahme möglichst sofort, spätestens aber bis zum 10. Mai an das Deutsche Zentralkomitee zur Bekämpfung der Tuberkulose Berlin W. 9 Königin-Augustastraße Nr. 7 erbeten.

Die **diesjährige Hauptversammlung der Deutschen Gesellschaft für Volksbäder** findet am Sonntag, den 29. Mai, vormittags 11 Uhr in Berlin im Wohlfahrtsministerium (Leipziger Straße Nr. 3) statt. Zur Verhandlung kommen: 1. Bericht über den Erfolg unseres Preisausschreibens für Entwürfe zu einer billigen Badeanstalt — 2. Wie kann in andern Betrieben überschüssige Wärme für Badeanstalten nutzbar gemacht werden? — Baurat Hausbrand. — 3. Wie können unter den heutigen Verhältnissen mit Hilfe von Ersatzstoffen billige Badeanstalten gebaut werden?

Verantwortlich für die Schriftleitung: Prof. Dr. Rapmund, Geh. Med.-Rat in Lippspringe.
Druck von J. C. C. Bruns, Minden i. W.

werben und entsprechend ausstatten, wie es bereits seitens großer Gemeinden, Gemeindeverbände, Krankenkassen, Berufsgenossenschaften und Versicherungsanstalten sowie von charitativen Verbänden in einer nicht unerheblichen Zahl von Kur- und Badeorten geschehen ist. Auf diese Weise würden die Kurkosten, soweit sie durch Miete und Verpflegung entstehen, wesentlich herabgesetzt werden können. Es ist auch auf die Wohlfahrtseinrichtungen hingewiesen worden, die das Zentralkomitee der deutschen Vereine vom Roten Kreuz während des Krieges in den Kur- und Badeorten für die Kriegsbeschädigten und Kriegsteilnehmer insofern eingerichtet hat, als es in den betreffenden Kur- und Badeorten mit Pensionsbesitzern durch einen Vertrauensmann oder einen besonderen Wohlfahrtsausschuß ein Abkommen getroffen hat, um den genannten Kurbedürftigen Kur und Verpflegung zu ermäßigten Preisen zu ermöglichen. Von beteiligter Seite ist ferner der Gedanke laut geworden, daß, wie in England, die Gewerkschaften für ihre Mitglieder und deren Angehörige solche Anstalten und Heime in Kur- und Badeorten in Benutzung nehmen oder selbst errichten könnten.

Ueber die vorstehend angedeuteten Fragen hat am 27. Januer d. Js. in dem mir unterstellten Ministerium unter meinem Vorsitz eine Verhandlung mit Vertretern der in erster Linie beteiligten Kreise stattgefunden. An der Besprechung nahmen teil die großen deutschen Verbände der Krankenkassen, der Berufsgenossenschaften und der Versicherungsanstalten, ferner der deutschen Gewerkschaften, endlich der Verband der preußischen Provinzialverwaltungen sowie die für die staatlichen Bäder zuständigen preußischen Ministerien. Bei diesen Beratungen herrschte Einmütigkeit darüber, daß die Verbände allseitig geneigt sind, soweit es in ihren Kräften steht, den Gedanken der soziahygienischen Inanspruchnahme der Kur- und Badeorte in Preußen zu fördern. Allerdings wurde betont, daß bei der augenblicklichen wirtschaftlichen Notlage die einzelnen Verbände nicht imstande seien, selbst und allein neue Einrichtungen (Anstalten, Heime) in den Kur- und Badeorten einzurichten oder zu begründen, daß sie sich aber gern an einer Arbeitsgemeinschaft auf diesem Gebiet beteiligen würden. Hierzu sei es erforderlich, eine Fürsorgeorganisation für den einzelnen in Betracht kommenden Kur- und Badeort zu schaffen, der die beteiligten Verbände umfaßt und als Kostenträger den Betrieb übernimmt. Es wurde auch darauf hingewiesen, daß die Standesvereine und Berufsverbände, wie Beamtenvereine, Bauernbund, Handwerkervereine, an dieser Fürsorgearbeit für ihre Mitglieder zu beteiligen sein würden, wodurch sie ihre Mitglieder nur um so mehr verpflichten würden.

Wo fiskalisches Gelände in den Kur- und Badeorten vorhanden ist, sei zu erwägen, den zu bildenden Kostenträgern jener Anstalten und Fürsorgeeinrichtungen den Grund und Boden kostenlos oder gegen eine geringe Anerkennungsgebühr zu überlassen. Ebenso käme in Frage, mit dem Reichsschatzministerium wegen der Ueberlassung von bisher militärischen Gebäuden (Wohnhäusern, Mannschaftsbaracken, Lazarettgebäuden und deren innere Einrichtungen) bei Truppenübungsplätzen, Flugplätzen u. a. in der Nähe von Kur- und Badeorten in Verhandlung zu treten.

Für die geplante Wohlfahrtsarbeit kommen hauptsächlich die folgenden Gruppen der Sozialversicherten und mittellosen Bevölkerung in Frage: a) die Erschöpften, Ueberarbeiteten, Erholungsbedürftigen (Seebäder, Luftkurorte), b) die Schwächlichen, Krankheitsverdächtigen und erkrankten Jugendlichen, besonders auch die mit Knochen- und Gelenkerkrankungen behafteten Kinder (Seebäder, Luftkurorte, Solbäder), c) die Rheumatiker (Sol-, Moor- und Schlammbäder), d) die Erkrankungen des Herzens und des Gefäßsystems, e) die Erkrankungen der Atmungsorgane (bei d und e die spezifischen Mineralbäder).

Wenn für diese Kurbedürftigen in erster Linie geeignete Behandlung, Anstalten und Einrichtungen in den zutreffenden Kur- und Badeorten überall, wo sie noch nicht vorhanden sind, geschaffen werden, so würde die Durchführung der gesetzlichen Krankenhilfe wesentlich gefördert und die in betrübender Weise immer mehr hervortretenden Kriegsschäden der Volksgesundheit wird wirksamer als bisher bekämpft werden können. Es empfiehlt sich, die Vorbereitung und Durchführung dieser Angelegenheit für jede Provinz besonders oder auch je nach der Eigenart der Kurorte für mehrere Provinzen gemeinsam in Angriff zu nehmen.

Ew. pp. ersuche ich daher ergebenst, für den Bereich der dortigen Provinz mit Hilfe der nachgeordneten Medizinalbehörden und durch den Ihnen zur Verfügung stehenden Regierungs- und Medizinalrat feststellen zu lassen, welche Kur- und Badeorte der dortigen Provinz sich für die Schaffung von Einrichtungen zur Behandlung der oben angeführten Kurbedürftigen aus den Kreisen der Sozialversicherten und des Mittelstandes ihren Heilfaktoren und örtlichen Verhältnissen nach besonders eignen. — Sodann ersuche ich ergebenst, mit den für die Provinz in Betracht kommenden Trägern der Reichsversicherung, Gewerkschaften und sonst in Frage kommenden Verbänden sowie mit den Kommunalverbänden der dortigen Provinz in eine Beratung der in Angriff zu nehmenden Maßnahmen für den als geeignet erklärten Kur- und Badeort einzutreten Sollte es dort für erwünscht gehalten werden, daß zu der Beratung ein Vertreter des Ministeriums erscheint, so stelle ich eine entsprechende Mitteilung anheim. — Ueber das Veranlaßte ersuche ich mir bis zum 1. Juni d. Js. zu berichten.

Nachprüfungen der Hebammen auf Grund des neuen Lehrbuches. Erlaß des Ministers für Volkswohlfahrt vom 11. Februar 1921 — I M II 386 — an sämtliche Herren Regierungspräsidenten.

Aus Hebammenkreisen ist mir der Wunsch vorgetragen worden, die mit meinem Runderlaß vom 26. November 1920 — I M II 2814 — behufs Einführung der Neuauflage des Hebammenlehrbuches angeordneten Nachprüfungen der Hebammen auf eine etwas spätere Zeit zu verlegen, als mit jenem Erlaß vorgesehen war. Dieser Wunsch der Hebammen wird damit begründet, daß zahlreiche Hebammen das neue Lehrbuch in Befolgung meines Erlasses sich erst zum 1. April beschaffen und daher kaum in der Lage sein würden, bereits bis zum 15. Mai die vielfachen wichtigen Aenderungen des Lehrbuches so sicher zu erlernen, daß sie schon sechs Wochen nach Beschaffung des Buches die vorgeschriebene Nachprüfung vor den Kreisärzten ablegen könnten.

Ich halte diese Bedenken der Hebammen für berechtigt und ersuche deshalb, in Abänderung meines Erlasses vom 26. November 1920 die Kreisärzte anzuweisen, die Nachprüfungen der Hebammen frühestens am 1. Juli d. Js. zu beginnen und spätestens Ende zum Abschluß zu bringen. Sollten etwa einzelne Hebammen bezw. Hebammenvereine sich freiwillig mit Abhaltung der Nachprüfungen zu den von mir mit Erlaß vom 26. November 1920 angesetzten Terminen einverstanden erklären, so würde ich hiergegen keine Bedenken haben

---

B. Württemberg.

Gebühren der Leichenschauer. Verfügung der Ministerien der Justiz und des Innern vom 5. Januar 1921.

I. Als Anhaltspunkte für die Gebühren der Leichenschauer, die nach § 6 der Königlichen Verordnung, betreffend die Leichenschau, die Leichenöffnung und das Begräbnis vom 24. Januar 1882 (Reg. Bl. S. 33) von den Gemeinderäten mit Genehmigung des Oberamts festzusetzen sind, gelten folgende Sätze:

1. erste und zweite Besichtigung einer Leiche je 5 M.

Aerzte-Leichenschauer dürfen für die einmalige Besichtigung einer Leiche berechnen . . . . 10 M.

2. bei Leichenbesichtigungen außerhalb des Wohnorts, wenn die Entfernung von diesem mehr als 2 km beträgt, Reiseentschädigung für jeden zurückgelegten und angefangenen Kilometer . . . . 50 Pf.

Aerzte-Leichenschauer dürfen berechnen . . . . . . 1 M.

II Für ihre Mitwirkung bei der gerichtlichen oder polizeilichen Leichenschau und Leichenöffnung erhalten die Leichenschauer folgende Gebühren:

1. bei einer Leichenschau . . . . 4—8 M.,
2. bei einer Leichenöffnung . . . . 8—20 M.

Die Festsetzung dieser Gebühren kommt im einzelnen Fall dem leitenden Beamten nach Rücksprache mit dem Oberamtsarzt oder dessen Stellvertreter zu.

Verantwortlich für die Schriftleitung: Prof. Dr. Rapmund, Geh. Med.-Rat in Lippspringe.
Druck von J. C. C. Bruns, Minden i. W.

Rechtsprechung u. Medizinal-Gesetzgebung

Beilage zur Zeitschrift für Medizinal-Beamte

Nr. 9. **5. Mai.** **1921.**

Medizinal-Gesetzgebung.

Preußen.

Ablieferung von Gebühren der vollbesoldeten Kreisärzte und der Kreisassistenzärzte aus der Tätigkeit vor den Gerichten. Rund-Erlaß des Ministers für Volkswohlfahrt vom 12. April 1921 — I. M. I. Nr. 944 — an sämtliche Herren Regierungspräsidenten.

Es sind Zweifel geäußert worden, ob vollbesoldete Kreisärzte und Kreisassistenzärzte verpflichtet sind, diejenigen Gebühren, die ihnen bei Vertretung des für ihren Kreisarztbezirk bestellten besonderen Gerichtsarztes (§ 9 Abs. 2 des Kreisarztgesetzes vom 16. September 1899 — G.S. S 172) für gerichtsärztliche Verrichtungen zustehen, an die Staatskasse abzuliefern haben, und ferner, ob die Ablieferungspflicht sich auch auf diejenigen Gebühren erstreckt, die den vollbesoldeten Kreisärzten und den Kreisassistenzärzten für die Tätigkeit als zweiter Obduzent bei Leichenöffnungen zufließen.

Die Ablieferungspflicht besteht in beiden Fällen, da nach § 4 des Gesetzes, betreffend die Gebühren der Medizinalbeamten vom 14. Juli 1909 (G.S., S. 625) die den vollbesoldeten Kreisärzten nach den §§ 2 und 3 zustehenden Gebühren an die Staatskasse abzuführen sind. Auf § 21 Abs. 2 und 4 der Dienstanweisung für die Kreisärzte vom 1. September 1909 — Min.-Bl. für Med.-Angeleg., S. 381 —, die §§ 9 und 16 des Beamtendiensteinkommengesetzes vom 17. Dezember 1920 und den Rund-Erlaß vom 27. Oktober 1920 — I. M. I. 2536 — („Volkswohlfahrt“, S. 368) — weise ich hierbei hin.

Die bezüglich der Gebührenablieferung der Kreisassistenzärzte ergangenen Rund-Erlasse vom 4. Dezember 1909/24. September 1913 — Min.-Bl. für Med.-Angeleg. 1910, S. 3/1913, S. 297 werden mit dem 1. April 1920, dem Beginn der Wirkung des Beamtendiensteinkommengesetzes vom 17. Dez. 1920, aufgehoben.

Neubearbeitung der Desinfektionsvorschriften. Rund-Erlaß des Ministers für Volkswohlfahrt vom 8. Februar 1921 — I M III 64 — an sämtliche Herren Regierungspräsidenten.

Die bisher gültige Desinfektionsanweisung, Anlage 5 zu den Ausführungsbestimmungen des Gesetzes, betreffend die Bekämpfung übertragbarer Krankheiten, vom 28 August 1905 (G.-S. S. 373) berücksichtigte, dem damaligen Stande der Wissenschaft entsprechend, mehr die Schlußdesinfektion, als die laufende Desinfektion während der Krankheit. In den letzten Jahren hat aber die letztere immer mehr an Bedeutung gewonnen. Infolgedessen ist eine Neubearbeitung der Desinfektionsvorschriften notwendig geworden. Dabei mußten auch die in den letzten 20 Jahren gewonnenen Kenntnisse über die Verbreitungsweise der übertragbaren Krankheiten sowie über die Lebensfähigkeit ihrer Erreger in der Außenwelt eingehende Berücksichtigung finden. Deshalb mußten die Desinfektionsvorschriften ihres früheren, mehr schematischen Charakters entkleidet und für jede einzelne Krankheit besonders der Eigenart ihrer Verbreitung und den Eigenschaften ihrer Erreger angepaßt werden.

Da der Versuch der Vereinfachung der Desinfektionsvorschriften bei der Ruhr (Erlaß vom 28. Februar 1918 — M 10281 — Min.-Bl. für Med.-Ang. S. 118) sich nach den übereinstimmenden Urteilen der Kreisärzte gut bewährt hat, erlasse ich im Einvernehmen mit dem Herrn Minister des Innern, dem Herrn Finanzminister und dem Herrn Minister für Handel und Gewerbe die in den Anlagen beigefügten neuen Desinfektionsvorschriften für Tuberkulose, Diphtherie, Scharlach, Genickstarre, Typhus, Ruhr und Körnerkrankheit, nach denen hinfort

bei der Ausführung der Desinfektionen bei diesen Krankheiten zu verfahren ist.[1] Sie treten an die Stelle der Nr. II — Ausführung der Desinfektion — in den Desinfektionsanweisungen, Anlage 3 bezw. 4 in den Sonderausgaben der Ausführungsbestimmungen für Diphtherie, Scharlach, Genickstarre, Körnerkrankheit, Typhus und Ruhr. Neu ist die Desinfektionsanweisung für Tuberkulose. Nicht berücksichtigt sind die Desinfektionsanweisungen für Kindbettfieber, Milzbrand und Rotz. Bei dem Kindbettfieber genügen die für die Hebammen und das Pflegepersonal erlassenen Bestimmungen in den §§ 13 und 14 der Ausführungsbestimmungen, Heft 3 Kindbettfieber. Eine regelmäßige, über den Rahmen des § 15 Absatz 3 der Ausführungsbestimmungen hinausgehende laufende Desinfektion während der Krankheit sowie eine Schlußdesinfektion erübrigen sich hier. Hält der Kreisarzt in einem einzelnen Falle weitergehende Maßnahmen für notwendig, so steht es ihm frei, besondere Anordnungen zu treffen. Ebenso muß er bei Milzbrand und Rotz, die bei Menschen sehr selten auftreten, in jedem einzelnen Falle dem Desinfektor besondere, der Eigenart des Falles angepaßte Anweisungen im Rahmen der beiliegenden Vorschriften für Diphtherie und Typhus für die laufende und für die Schlußdesinfektion geben. Die Vorschriften für die Desinfektion bei den gemeingefährlichen Krankheiten werden durch die neuen Vorschriften nicht berührt.

Ebenso behält die Fußnote am Ende des Abschnittes I der Desinfektionsanweisung (Anlage 5 zu den Ausführungsbestimmungen zu dem Gesetz, betreffend die Bekämpfung der übertragbaren Krankheiten, vom 28. August 1905 — G.-S. S. 373 —) ihre Gültigkeit. Hierzu ist zu bemerken, daß die Wirksamkeit der 5 ‰-Sublimatlösung gegenüber den Tuberkelbazillen bisher nur von einer zweiprozentigen Phobrollösung erreicht worden ist.

Wenn auch nach wie vor die Beaufsichtigung des Desinfektionswesens zu den Obliegenheiten des Kreisarztes und die Anordnung der Desinfektion zu dem Pflichtenkreis der Ortspolizeibehörde gehört, so empfiehlt es sich doch im Interesse der gesunden Entwicklung des Desinfektionswesens, die Gemeindebehörden, denen die Beschaffung der Apparate und Desinfektionsmittel, die Einrichtung von Desinfektionsanstalten sowie die Anstellung der Desinfektoren und Schwestern obliegt, an allen die Desinfektion betreffenden Fragen zu beteiligen, wie dies z. B. in Berlin in der verständnisvollen Zusammenarbeit des Polizeipräsidiums und des städtischen Medizinalamts bereits erreicht ist.

Auch ist es notwendig, daß bei der Anordnung der Desinfektion, der laufenden sowohl, als auch der Schlußdesinfektion, den Wünschen der behandelnden Aerzte, soweit irgend möglich, Rechnung getragen wird, zumal der Desinfektor in Zukunft mehr als bisher Gelegenheit haben wird, neben dem Arzt schon während des Verlaufs der Krankheit in das Haus des Kranken zu kommen. Insbesondere ist den behandelnden Aerzten Gelegenheit zu geben, in Fällen, in denen ihnen eine Desinfektion notwendig erscheint, die Entsendung einer in der Desinfektion ausgebildeten Schwester oder des Desinfektors beim Gemeindevorstand zu veranlassen sowie in geeigneten Fällen die Schwester oder den Desinfektor mit der Entnahme und dem Versand des bakteriologischen Untersuchungsmaterials zu beauftragen. Dabei ist Vorsorge zu treffen, daß in solchen Fällen vom Medizinaluntersuchungsamt der behandelnde Arzt von dem Ergebnis der Untersuchung benachrichtigt wird.

Bei der Desinfektion ist hinfort der Hauptnachdruck auf die laufende Desinfektion während der Krankheit zu legen. Sie soll, wenn möglich, von einer in einer staatlichen Desinfektorenschule in der Desinfektion ausgebildeten Pflegeperson durchgeführt werden. Wo eine solche nicht dauernd am Krankenbett tätig sein kann, muß die laufende Desinfektion von einer in einer staatlichen Desinfektorenschule ausgebildeten Pflegerin (Desinfektions-, Seuchen-, Fürsorgeschwester) oder, wo auch dies nicht möglich ist, von einem staatlich geprüften Desinfektor dauernd und regelmäßig überwacht werden.

Diese Ueberwachung soll zunächst darin bestehen, daß bei regelmäßigen, wenn möglich, in zwei- bis dreitägigen Abständen auszuführenden Besuchen die zur Desinfektion notwendigen Desinfektionslösungen hergerichtet

[1]) Die Anlagen sind hier mit Rücksicht auf den mangelnden Raum nicht abgedruckt.

werden und die den Kranken pflegende Person über die Verwendung der Lösungen sowie die zu beobachtenden Vorsichtsmaßregeln eingehend belehrt wird. Auch sind die Angehörigen, womöglich unter Ueberreichung eines Merkblattes, zur Beobachtung der notwendigen Maßnahmen zu ermahnen. Bei Wiederholung der Besuche sind die Vorräte an Lösungen zu ergänzen und durch Augenscheinnahme oder Befragen festzustellen, ob die Desinfektion vorschriftsmäßig ausgeführt wird. Auf jeden Fall sind aber die beim ersten Besuch erteilten Belehrungen zu wiederholen und fester einzuprägen. Wo es der behandelnde Arzt für notwendig hält, hat auch die Schwester bezw. der Desinfektor die Desinfektionen der Abgänge des Kranken, nötigenfalls am Krankenbett selbst, auszuführen, vorausgesetzt, daß auch der Haushaltungsvorstand bezw. sein Stellvertreter damit einverstanden ist, daß der Desinfektor das Krankenzimmer betritt.

Die mit der Ausführung der Desinfektion betrauten Desinfektoren und Schwestern unterstehen in bezug auf ihre Berufstätigkeit der Aufsicht des Kreisarztes, doch sollen auch sie, soweit möglich, den Wünschen des behandelnden Arztes Rechnung tragen. Unter allen Umständen haben sich die Desinfektoren und Schwestern bei ihren Besuchen in den Häusern der Kranken jeglicher Eingriffe in die Behandlung und jeglicher Kritik der ärztlichen Anordnungen zu enthalten. Verstöße gegen diese Vorschrift können die Entziehung des Berechtigungsscheines zur Ausführung von Desinfektionen (staatliche Anerkennung) zur Folge haben.

Es ist ferner darauf hinzuwirken, daß die Desinfektionsmittel von den Kommunen oder Kommunalverbänden beschafft und für die laufende und die Schlußdesinfektion zur Verfügung gestellt werden. Den die Desinfektion ausführenden Organen ist sparsames Haushalten mit diesen Mitteln zur Pflicht zu machen. Die Kosten der Desinfektion werden zweckmäßig ganz aus öffentlichen Mitteln (von den Kommunen, den Kommunalverbänden) bestritten oder, wo dies nicht möglich ist, teilweise oder ganz von den Vorständen derjenigen Haushaltungen, in denen die Desinfektion ausgeführt wurde, wieder eingezogen. Um den Einkauf der Desinfektionsmittel möglichst billig zu gestalten, empfiehlt sich ihre gemeinsame Beschaffung durch mehrere Kommunen oder Kommunalverbände. Den Gemeindevorständen gegenüber muß dabei darauf hingewiesen werden, daß den Mehrausgaben für Desinfektionsmittel und vorgebildetes Personal beträchtlich höhere Minderausgaben gegenüberstehen, da die Einschränkung der Schlußdesinfektion die Kosten für Apparate und ihre Bedienung, für Fuhrlohn und Personal sowie in Städten für den Anstaltsbetrieb ganz beträchtlich herabsetzt.

Von den in der Desinfektion ausgebildeten Pflegepersonen und Desinfektoren kann auch nach Verbringung des Kranken in ein Krankenhaus, nach erfolgter Genesung oder nach dem Tode des Kranken sogleich die Schlußdesinfektion nach den anliegenden Vorschriften ausgeführt werden. Sie haben hiervon dem Leiter der Ortspolizeibehörde sofort Mitteilung zu machen. Wo die Schlußdesinfektion in dieser Weise erfolgt ist, kann von der Anordnung ihrer Ausführung durch einen staatlich geprüften Desinfektor abgesehen werden; doch steht es dem Kreisarzt frei, sie da, wo er es für notwendig hält, trotzdem im Benehmen mit dem behandelnden Arzt anzuordnen. Zweckmäßig wird er in solchen Fällen schon vor dem Zeitpunkt, zu dem die Schlußdesinfektion auszuführen ist, entsprechende Anordnung treffen, um eine zweimalige Schlußdesinfektion zu vermeiden. Wo eine Schlußdesinfektion in der gedachten Weise nicht vorgenommen wurde, ist ihre Durchführung von der Ortspolizeibehörde möglichst sofort nach erfolgter Meldung der Verbringung des Kranken in ein Krankenhaus, der Genesung oder des Todes anzuordnen.

Ueberall da, wo die für die Neuregelung erforderlichen Einrichtungen noch nicht bestehen, wird mit einer Uebergangszeit gerechnet werden müssen, in der auf die Ausfüllung der bestehenden Lücken in Personal und Einrichtungen hinzuarbeiten ist. Bis dies erreicht ist, werden in erster Linie die behandelnden Aerzte die am Krankenbett tätigen Pflegepersonen über die Desinfektion belehren müssen. Hierzu empfiehlt sich die Gewinnung der ärztlichen Vereinigungen zur Mitarbeit.

Auf dem Lande müssen dann die Gemeindevorsteher durch Gemeindeboten oder andere Organe die Desinfektionsmittel in die Häuser der Kranken schicken und durch Aushändigung der gemeinverständlichen Belehrungen den

Anordnungen des Arztes über die Durchführung der Desinfektion Nachdruck verleihen. Auch werden sie sich die mündliche Belehrung ihrer Gemeindemitglieder angelegen sein lassen müssen, wobei sie durch hierzu geeignete Personen wirksam unterstützt werden können.

In Städten mit eigenen Desinfektionsanstalten wird es zur Umstellung des Gesamtbetriebes ebenfalls einer Uebergangszeit bedürfen, in der die bestehende Organisation teilweise abgebaut und die für die laufende Desinfektion geeigneten Desinfektoren für diese angelernt werden. Auch hier wird die Mitwirkung der Aerztevereine heranzuziehen sein, damit deren Mitglieder auf die Bevölkerung belehrend und erziehend einwirken, um sie darüber aufzuklären, daß die von ihr oft als unbedingter Gesundheitschutz betrachtete Schlußdesinfektion durch die rechtzeitige und zweckmäßige laufende Desinfektion wirksam ersetzt wird.

Die Uebergangszeit wird die Dauer eines Jahres im allgemeinen nicht übersteigen dürfen. Es wird je nach den örtlichen Verhältnissen darauf mit besonderem Nachdruck zu achten sein, daß, solange die neue Organisation nicht wirksam durchgeführt ist, die alten Bestimmungen über die Schlußdesinfektion aufrechterhalten werden, damit nicht die Schlußdesinfektion schon eingeschränkt wird, ehe eine wirksame laufende Desinfektion eingesetzt hat.

Ich ersuche ergebenst, alsbald zu veranlassen, daß sämtliche im dortigen Bezirk tätigen Desinfektoren zu einem fünftägigen Wiederholungkursus in der Desinfektorenschule einberufen werden, um sie in der Kenntnis der neuen Desinfektionsvorschriften unterweisen zu lassen, desgleichen die in der Desinfektion ausgebildeten Schwestern und sonstigen Pflegepersonen.

In Anbetracht des gegen früher erheblich gesteigerten Lehrmaterials sind hinfort die Lehrgänge für neu auszubildende Desinfektoren auf 14 Tage, die für Schwestern auf 8 Tage (die Sonntage in beiden Fällen nicht eingerechnet) zu erweitern. Sofern eine Desinfektorenschule im dortigen Bezirk vorhanden ist, ersuche ich, ihren Leiter zu veranlassen, hiernach zu verfahren und nach sechs Monaten einen Bericht darüber zu erstatten, ob durch diese Neuordnung eine genügende Ausbildung der Desinfektoren und Schwestern gewährleistet ist, oder ob es sich empfiehlt, die Ausbildungszeit noch weiter zu verlängern. Ich habe veranlaßt, daß die Lehrbücher für Desinfektion (Leitfaden für Desinfektoren) nach den anliegenden Desinfektionsvorschriften sofort neu bearbeitet werden.

Den Kreisärzten erwächst durch die Neuordnung des Desinfektionswesens eine größere Verantwortung auf dem Gebiete der Bekämpfung der übertragbaren Krankheiten. Einmal werden sie sich in jedem Falle rechtzeitig darüber ein Urteil zu bilden haben, ob die Vornahme der Schlußdesinfektion durch einen staatlich geprüften Desinfektor notwendig ist, sodann aber werden sie eine eingehende Kontrolle der Desinfektionen durchführen und sich dauernd über die Zuverlässigkeit der Desinfektoren und der in der Desinfektion ausgebildeten Schwestern und sonstigen Pflegepersonen unterrichten müssen.

Hierbei können sie wirksam durch Gesundheitsaufseher, denen gleichzeitig das Amt des Oberdesinfektors oder Kreisdesinfektors übertragen werden könnte, unterstützt werden. Solche Gesundheitsaufseher, Ober- oder Kreisdesinfektoren sind bereits von einer größeren Zahl von Gemeinden und Kreisen angestellt worden und haben sich außerordentlich bewährt. Ihre Anstellung kann den Gemeinden und Kreisen nur dringend empfohlen werden. Ueber ihre Ausbildung schweben zurzeit noch Verhandlungen. Ich behalte mir hierüber noch weitere Verfügung vor.

Abdrucke der neuen Desinfektionsanweisungen können aus der Druckerei des Zellengefängnisses Moabit, Berlin NW. 40, Lehrter Straße 8, gegen Erstattung der Druck- und Versandkosten bezogen werden.[1])

---

[1]) Es kosten einschl. Verpackung und Porto die Desinfektionsvorschriften für Tuberkulose und Typhus je 10 Stück 60 Pf., 100 Stück 4 M., 1000 Stück 40 M.; für Diphtherie, Genickstarre, Ruhr und Scharlach je 10 Stück 50 Pf., 100 Stück 3 M., 1000 Stück 30 M.; für Körnerkrankheit je 10 Stück 30 Pf., 100 Stück 1,80 M., 1000 Stück 18 M.

Verantwortlich für die Schriftleitung: Prof. Dr. Rapmund, Geh. Med.-Rat in Lippspringe.
Druck von J. C. C. Bruns, Minden i. W.

Rechtsprechung u. Medizinal-Gesetzgebung

Beilage zur Zeitschrift für Medizinal-Beamte

Nr. 10. 20. Mai. 1921.

Rechtsprechung.

Schadenersatzpflicht wegen fahrlässiger Ausstellung eines ärztlichen Zeugnisses behufs zwangsweiser Ueberführung eines Tobsüchtigen in ein Krankenhaus, ohne diesen vorher gesehen und untersucht zu haben. Urteil des Hanseatischen Oberlandesgerichts vom 4. Januar 1921.

Das Recht der Witwe und der Waisen eines verstorbenen Apothekers, die diesem verliehene Genehmigung zur Errichtung einer neuen Apotheke auszuüben, bleibt erhalten, auch wenn eine Betriebseröffnung der neuen Apotheke vor dem Tode des Konzessionsinhabers noch nicht erfolgt war. Entscheidung des Preuß. Ob.-Verwaltungsgerichts vom 14. April 1921.

Medizinal-Gesetzgebung.

Deutsches Reich.

Ergänzung der Verordnung betreff. den Verkehr mit Arzneimitteln. Verordnung des Reichspräsidenten vom 21. April 1921.

§ 1. Zu den Gegenständen, die nach § 2 der Verordnung betreffend den Verkehr mit Arzneimitteln vom 22. Oktober 1901 und dem zugehörigen Verzeichnis B außerhalb der Apotheken nicht feilgehalten oder verkauft werden dürfen, treten hinzu:

Stifte, Sonden oder Meißel aus Laminaria, Tupeloholz oder anderen quellfähigen Stoffen.

§ 2. Diese Verordnung tritt mit dem 1. Mai 1921 in Kraft.

Prüfung und Beglaubigung der Fieberthermometer. Gesetz vom 2. Mai 1921.

§ 1. Jedes Fieberthermometer, das verkauft oder sonstwie in den Verkehr gebracht werden soll, muß amtlich geprüft und, wenn es im Inland in den Verkehr gebracht werden soll, außerdem durch amtlichen Stempel als den Prüfungsbedingungen genügend beglaubigt sein.

Es muß in jedem Falle den Namen des Herstellers oder ein bei der Prüfungsstelle angemeldetes Fabrikzeichen tragen.

§ 2. Die amtliche Prüfung und Beglaubigung der Fieberthermometer erfolgt durch die Physikalisch-Technische Reichsanstalt oder die mit Zustimmung des Reichsministers des Innern eingerichteten Stellen der Länder.

Die bei der Prüfung zerbrochenen Instrumente müssen dem Hersteller von der Prüfungsanstalt bezahlt werden.

§ 3. Die Physikalisch-Technische Reichsanstalt beglaubigt die für die amtliche Prüfung benutzten Normalinstrumente und führt die Aufsicht über das technische Prüfungswesen.

Die von den Ländern eingerichteten Prüfungsstellen führen 10 vom Hundert ihrer Prüfungsaufträge an die Physikalisch-Technische Reichsanstalt ab.

§ 4. Der Reichsminister des Innern erläßt mit Zustimmung des Reichsrats die zur Ausführung dieses Gesetzes erforderlichen Bestimmungen, besonders über die Gebühren.

§ 5. **Wer unbeglaubigte Fieberthermometer im Inland feilhält, verkauft oder sonst in den Verkehr bringt, oder wer ungeprüfte Fieberthermometer in das Ausland ausführt oder auszuführen versucht, wird mit einer Geldstrafe bis**

zu fünfzigtausend Mark bestraft. Die Fieberthermometer können eingezogen werden, ohne Unterschied, ob sie dem Verurteilten gehören oder nicht.

§ 6. Der Reichsminister des Innern kann mit Zustimmung des Reichsrats die Vorschriften dieses Gesetzes auf andere für Zwecke der Gesundheitspflege und Krankheitsbekämpfung bestimmte Thermometer ausdehnen.

Besoldung und Ruhegehaltsregelung der Medizinalbeamten. Rund-Erlaß des Ministers für Volkswohlfahrt vom 29. März 1921 — I M I 686 — an sämtliche Herren Regierungspräsidenten.

Nach der Ausführungsanweisung des Herrn Finanzministers vom 21. Januar 1921 zum B.D.-E.G. und B.A.R.G. vom 17. Dezember 1920 und der Ausführungsanweisung vom 9. Februar 1921 zu der am 8. Februar 1921 erlassenen Verordnung über die Gewährung von Notzuschlägen usw. ist auch bei den Medizinalbeamten, den Ruhegehalts- und Wartegeldempfängern der Medizinalverwaltung und den versorgungsberechtigten Hinterbliebenen von Medizinalbeamten zu verfahren.

Welchen Medizinalbeamten Aufrückungsstellen nach Maßgabe des Besoldungsplanes verliehen werden, wird durch besondere Verfügung mitgeteilt.

Die Kreisassistenzärzte und die ihnen gleichstehenden Assistenten an den Medizinaluntersuchungsämtern sind im Staatsdienst als Stellenanwärter voll beschäftigte, nichtplanmäßige unmittelbare Staatsbeamte der Gruppe 10 der Anlage 3 des B.D.E.G. und erhalten daher die für diese Beamten vorgesehenen Bezüge an Grundvergütung (§ 11), Ortszuschlag (§ 14), Kinderbeihilfen (§ 17) und Ausgleichszuschlag (§ 18).

Wegen der vom 1. April 1920 ab den nicht vollbesoldeten Kreisärzten (und Gerichtsärzten) zustehenden Bezüge verweise ich auf die Anlage 1 zum B.D.E.G. Fußnote zu „Gruppe 10“ (G.-S. S. 184), ebendort Abschnitt C der „Schlußbemerkungen“, Ziff. 8 (G.-S. S. 211) und auf Abschnitt I A b der Ausf.-Anw. (S. 5).

Die Zahlung der bisher aus Kap. 129 Tit. 5 den nicht vollbesoldeten Kreisärzten gewährten Stellenzulagen ist mit dem Ablaufe dieses Monats bis zum Erlaß weiterer Verfügung zu Abschnitt B Ziffer 1 der Besoldungsordnung einzustellen.

Zu Abschnitt II der Ausf.-Anw. vom 21. Januar 1921 bemerke ich, daß den nicht vollbesoldeten Kreisärzten (und Gerichtsärzten) bei Bemessung des Ruhegehalts auch weiterhin — und zwar auch den nach dem 1. April 1920 in den Ruhestand versetzten und noch zu versetzenden Kreisärzten — für sonstige Dienstbezüge 2250 M. mit der Maßgabe anzurechnen sind, daß das hiernach dem Ruhegehalte zugrunde zu legende Diensteinkommen nicht das ruhegehaltsfähige Diensteinkommen eines vollbesoldeten Kreisarztes mit demselben Dienstalter übersteigen darf.

In Gemeinschaft mit dem Herrn Finanzminister wird auf Grund des § 9 des B.A.R.G. vom 17. Dezember 1920 bestimmt, daß die in der Besoldungsordnung nicht mehr aufgeführten Stellen der ehemaligen Kreisphysiker und Kreiswundärzte bei der gemäß §§ 1 ff. dieses Gesetzes vorzunehmenden Neuregelung der Versorgungsbezüge dem Amte eines nicht vollbesoldeten Kreisarztes (Anlage 1 zum B.D.E.G.) gleichzustellen sind.

Den ehemaligen versorgungsberechtigten Kreisphysikern, die eine jährliche Vergütung von 900 M. und Gebühren bezogen haben, sind außerdem für sonstige Dienstbezüge 2250 M mit der vorstehend für die nicht vollbesoldeten Kreisärzte vorgesehenen Maßgabe anzurechnen. — Dagegen ist die Hinzurechnung von Nebenbezügen bei den ehemaligen Kreiswundärzten nicht angängig.

Vorstehende Bestimmung ist auch bei Neuregelung der Bezüge der versorgungsberechtigten Hinterbliebenen ehemaliger Kreisphysiker und Kreiswundärzte anzuwenden.

Zu § 9 B.D.E.G. (Nebenbezüge) wird folgendes bestimmt:

Die nicht vollbesoldeten Kreisärzte haben zum 5. April jeden Jahres — erstmalig zum 5. April 1921 — Euer Hochwohlgeboren eine mit Richtigkeitsbescheinigung versehene Nachweisung der im abgelaufenen Rechnungsjahre vereinnahmten amtsärztlichen Gebühren (§§ 4 bezw. 2, 3 des Gesetzes, betr. die

Gebühren der Medizinalbeamten, vom 14. Juli 1909) vorzulegen. — Der von den nicht vollbesoldeten Kreisärzten an die Staatskasse abzuführende, gemäß Abschnitt C Ziffer 8 der Schlußbemerkungen der Anlage 1 zum B.D.E.G. zu ermittelnde Betrag ist festzustellen und bei den Einnahmen des Volksgesundheitswesens (Kap. 36 Tit. 1), getrennt von den Gebühren der vollbesoldeten Kreisärzte, zu vereinnahmen, auch in den Jahresabschlüssen (Erläuterungen zu Titel 1) gesondert nachzuweisen.

Daß die der Staatskasse zustehenden Gebühren der Kreisärzte vollständig zur Einziehung gelangen, ist durch regelmäßige und unvermutete Nachprüfungen zu kontrollieren.

Sozialhygienische Akademien in Breslau, Charlottenburg und Düsseldorf. Runderlaß des Ministers für Volkswohlfahrt vom 31. März 1921 — an sämtliche Herren Regierungspräsidenten.

Im Anschluß an den Erlaß vom 28. Dezember 1919 — I. M. 4441 — durch die ich Richtlinien für die Ausbildung von Kommunalärzten und für das Verhältnis des Kreisarztes zur kommunalärztlichen Tätigkeit bekanntgegeben habe, teile ich ergebenst mit, daß inzwischen in Berlin-Charlottenburg, Breslau und Düsseldorf sozialhygienische Akademien ins Leben gerufen und von mir als Unterrichtsstätten im Sinne des Erlasses anerkannt sind. Das Ergebnis des ersten Ausbildungslehrganges an jeder Akademie liegt bereits vor und ist erfreulich; die gemachten Erfahrungen werden dazu dienen, die nächsten Lehrgänge noch wirksamer zu gestalten.

Ich ersuche ergebenst, hiervon den in Betracht kommenden Gemeinden und Kreisverwaltungen Kenntnis zu geben und ihnen zu empfehlen, bei der Besetzung von Kommunal- und Fürsorgearztstellen ihr Augenmerk besonders auf die Bewerber zu richten, die an einem Lehrgang der genannten drei Akademien teilgenommen haben und über dessen regelmäßigen Besuch eine Bescheinigung der Akademie vorlegen.

Erteilung der Approbation an Kandidaten der Medizin, der Zahnheilkunde und der Pharmazie mit vorzeitigem Reifezeugnis. Runderlaß des Ministers für Volkswohlfahrt vom 12 April 1921 an die Herren Vorsitzenden der ärztlichen usw. Prüfungskommissionen.

Nach dem Beschluß des Staatenausschusses vom 20. Juni 1919 gelten die während des Krieges erteilten Notreifezeugnisse als Reifezeugnisse im Sinne der Prüfungsordnungen für Aerzte, für Zahnärzte und für Apotheker mit der Maßgabe, daß die Approbation nicht eher erteilt werden darf, als sie bei Ablegung der regelrechten Reifeprüfung hätte erlangt werden können. Außer den Besitzern von Notreifezeugnissen gibt es jedoch — teils infolge Verkürzung des Schuljahres, teils aus anderen Gründen — eine Reihe von Studierenden, die zwar ein vorzeitiges, dabei aber regelrechtes Reifezeugnis erworben haben; diese würden, da der in dem genannten Beschluß des Staatenausschusses ausgesprochene Vorbehalt nicht ohne weiteres auf sie anwendbar ist, gegenüber anderen Studierenden einen Vorsprung in ihrer Ausbildungszeit erzielen, den auszugleichen eine Möglichkeit zurzeit nicht besteht. Der Reichsrat hat daher in seiner Sitzung vom 22. März 1921 beschlossen, daß die Erteilung der Approbation an Studierende der Medizin, der Zahnheilkunde und der Pharmazie, die infolge Verkürzung des Schuljahres oder aus anderen Gründen ein vorzeitiges Reifezeugnis erlangt haben, erst zu dem Zeitpunkt erfolgen darf, zu dem sie unter regelrechten Verhältnissen möglich gewesen wäre.

Verwendung von Dienstmarken bei den Meldungen von ansteckenden Krankheiten. Runderlaß des Ministers für Volkswohlfahrt vom 1. April 1921 — an sämtliche Herren Regierungspräsidenten.

Verschiedenen Anträgen entsprechend, erkläre ich mich nach Benehmen mit dem Herrn Finanzminister mit der Aufhebung der Kontrolle über die Verwendung von Dienstmarken bei den Meldungen von ansteckenden Krankheiten durch die Aerzte hiermit ergebenst einverstanden.

Für Hebammen, Standesbeamten und Kreisfürsorgerinnen bleibt die Verpflichtung der Anschreibungen bestehen. Ich ersuche ergebenst, das weiter Erforderliche zu veranlassen.

Warnung vor Rad-Jo. Runderlaß des Ministers für Volkswohlfahrt vom 7. April 1921 — I M II 830 — an sämtliche Herren Regierungspräsidenten.

In letzter Zeit ist wiederholt beobachtet worden, daß der Rad-Jo-Versand Vollrath Waßmuth in Hamburg, Amolposthof, der das angeblich entbindungserleichternde Mittel Rad-Jo vertreibt, solche Reklamegelegenheiten bevorzugt, wie sie von behördlichen Stellen vergeben werden.

Im gesundheitlichen Interesse muß es jedoch unter allen Umständen vermieden werden, daß in der Oeffentlichkeit der Eindruck entstehen kann, als ob die behördlichen Stellen geneigt sein, das geschäftliche Verfahren dieser Firma zu billigen und den Absatz ihrer Erzeugnisse zu fördern.

Wir ersuchen deshalb ergebenst, entweder jede Aufnahme von Ankündigungen der Firma Vollrath Waßmuth, Rad-Jo-Versand, Hamburg, Amolposthof (Deutsche Handelsgesellschaft für Wohlfahrt und Gesundheitspflege m. b. H., Hamburg 40), in Amtsblättern und ähnlichen amtlichen Veröffentlichungsorganen, auf behördlichen Drucksachen und an sonstigen von Behörden für Reklamezwecke zur Verfügung gestellten Stellen grundsätzlich abzulehnen oder jedenfalls anzuordnen, daß vor der Bescheidung von Reklamegesuchen dieser Firma ein Benehmen mit den Zentralbehörden stattzufinden hat.

Zulassung von Kindern, die Diphtheriebazillenträger geworden sind, zur Schule. Runderlaß des Ministers für Volkswohlfahrt vom 11. April 1921 — I M III 282 — an sämtliche Herren Regierungspräsidenten.

Die Annahme, daß Diphtheriebazillenträger unter allen Umständen dauernd als Infektionsquellen anzusehen und dementsprechend zu behandeln sind, kann, besonders wenn seit Ablauf der Erkrankung eine längere Zeit verging, nach den Erfahrungen, die in einigen Städten in den letzten Jahren gemacht worden sind, nicht mehr aufrechterhalten werden. Die Beobachtungen lehren vielmehr, daß in der überwiegenden Mehrzahl der Fälle die Keime einige Wochen nach überstandener Krankheit verschwinden und bei den meisten Kindern, die noch als hartnäckige Keimträger übrig bleiben, die Uebertragungsgefahr etwa mit der achten Woche nach Beginn der Erkrankung erlischt. So werden bereits seit dem Jahre 1913 in Charlottenburg Kinder, die an Diphtherie gelitten haben, aber ihre Diphtheriebazillen noch nach überstandener Krankheit nicht verloren haben, regelmäßig acht Wochen nach erfolgter klinischer Genesung wieder zur Schule zugelassen, ohne daß bisher Uebertragungen der Diphtherie durch solche Bazillenträger auf gesunde Kinder festgestellt werden konnten. Aehnliche Erfahrungen sind auch in Köln am Rhein, Berlin und anderen Orten gemacht worden.

Ich ordne daher im Einverständnis mit dem Herrn Minister für Wissenschaft, Kunst und Volksbildung an, daß zunächst versuchsweise allgemein Diphtheriebazillenträger nach Ablauf von acht Wochen nach erfolgter klinischer Genesung wie Gesunde zu behandeln und dementsprechend Kinder, die nach überstandener Krankheit Diphtheriebazillenträger geblieben sind, von diesem Zeitpunkt an wieder zur Schule zuzulassen sind. Ich ersuche aber, in jedem Falle die Eltern dieser Kinder, wie auch ihre Lehrer, auf den Zustand der Kinder ausdrücklich aufmerksam machen zu lassen und insbesondere die Schulleiter zu veranlassen, in solchen Fällen, in denen etwa in den betreffenden Klassen gehäufte Erkrankungen an Diphtherie auftreten sollten, sofort dem zuständigen Kreisarzt Meldung zu erstatten.

Ueber die mit dieser Maßnahme gemachten Erfahrungen ersuche ich mir zunächst nach Ablauf eines Jahres zum 1. Mai 1922 Bericht zu erstatten.

Verantwortlich für die Schriftleitung: Prof. Dr. Rapmund, Geh. Med.-Rat in Lippspringe.
Druck von J. C. C. Bruns, Minden i. W.

Rechtsprechung u. Medizinal-Gesetzgebung

Beilage zur Zeitschrift für Medizinal-Beamte

Nr. 11. 5. Juni. 1921.

Rechtsprechung.

Ein Arzt ist nicht haftpflichtig für die aus seinem Wartezimmer etwa gestohlenen Kleidungsstücke eines seiner Patienten. Urteil des Reichsgerichts (VII. Z.-S.) vom 27. April 1920.

Medizinal-Gesetzgebung.

A. Preußen.

Bildung eines Landesgesundheitsrats für Preußen. Beschluß des Staatsministeriums vom 30. April 1921.

Es wird ein Landesgesundheitsrat gebildet, der am 1. Juli 1921 seine Tätigkeit beginnt. An diesem Tage werden die wissenschaftliche Deputation für das Medizinalwesen (Königliche Order vom 16. Dezember 1808), die technische Kommission für die pharmazeutischen Angelegenheiten (Instruktion vom 27. Oktober 1849) und der Apothekerrat (Allerhöchste Verordnung vom 29. April 1896) aufgehoben, deren Geschäfte vom Landesgesundheitsrate mit erledigt werden. Für den Landesgesundheitsrat gelten folgende Vorschriften:

§ 1. Der Landesgesundheitsrat ist eine Behörde zur Beratung des Staatsministeriums, insbesondere des Ministers für Volkswohlfahrt, in allen Fragen des öffentlichen Gesundheitswesens und der sozialhygienischen Fürsorge sowie in den damit zusammenhängenden Angelegenheiten der ärztlichen, zahnärztlichen und pharmazeutischen Wissenschaft. **Er ist zugleich Gutachterausschuß für ärztliche Fragen in Rechtsstreitigkeiten.**

Der Landesgesundheitsrat hat im besonderen

a) sich über alle ihm vom Minister für Volkswohlfahrt zur Begutachtung vorgelegten Fragen vom Standpunkte der öffentlichen Gesundheitspflege, der geundheitlichen Fürsorge und der ärztlichen, zahnärztlichen und pharmazeutischen Wissenschaft aus zu äußern sowie die ihm vom Minister für Volkswohlfahrt auf Ersuchen der Gerichtsbehörden aufgetragenen ärztlichen Gutachten zu erstatten. Die Gutachten auf Ersuchen der Gerichtsbehörden sind nur zu erstatten, wenn bereits ein anderer Gutachter über die zu begutachtende Frage gehört worden ist;

b) aus eigenem Antriebe dem Minister Vorschläge zur Abstellung von Mängeln zu machen, die auf den Gebieten der öffentlichen Gesundheitspflege und der Gesundheitsfürsorge bestehen; auch neue Maßnahmen in Anregung zu bringen, die ihm geeignet erscheinen, die Aufgaben der Medizinalabteilung zu fördern.

§ 2. Der Landesgesundheitsrat besteht aus:

a) dem Präsidenten und seinem Stellvertreter;

b) den Mitgliedern.

Der Präsident, sein Stellvertreter und die Mitglieder werden für einen Zeitraum von fünf Jahren vom Staatsministerium ernannt und bei ihrer Einführung durch den Minister für Volkswohlfahrt mittels Handschlags an Eidesstatt auf gewissenhafte Erfüllung ihrer Amtspflichten, insbesondere auf amtliche Verschwiegenheit verpflichtet. Der Präsident, sein Stellvertreter und die Mitglieder, sofern sie sich zur Zeit ihrer Ernennung in einer amtlichen Stellung befanden, scheiden vor Ablauf ihrer Ernennungsperiode aus, sobald sie aufhören in amtlicher Stellung zu sein.

§ 3. Zu den Verhandlungen über einzelne Gegenstände können außerdem Sachverständige, deren Teilnahme von dem Landesgesundheitsrat, einem

Ausschuß oder dem Präsidenten für zweckmäßig gehalten wird, von diesem mit Genehmigung des Ministers für Volkswohlfahrt zugezogen werden.

Die Sachverständigen haben beratende Stimme.

§ 4. Der Landesgesundheitsrat tagt in seiner Gesamtheit oder in Ausschüssen.

Ausschüsse werden gebildet für:

a) das Heilwesen einschließlich der Aus- und Fortbildung der Aerzte, Zahnärzte, Apotheker und der übrigen Medizinalpersonen;
b) das Gesundheitswesen (Nahrungsmittel-, Wohnungshygiene, Wasserversorgung, Beseitigung der Abfallstoffe usw.);
c) die Seuchenbekämpfung;
d) die Arzneiversorgung;
e) die gerichtliche und soziale Medizin sowie die gerichtliche Psychiatrie;
f) die Gesundheitsfürsorge (Soziale Hygiene);
g) die Gewerbehygiene und die gesundheitliche Arbeiterfürsorge;
h) die Schulgesundheitspflege;
i) das Bevölkerungswesen und die Rassenhygiene;
k) die Prüfung der Aerzte zur Erlangung der Befähigung für die Anstellung als beamteter Arzt.

Der Minister für Volkswohlfahrt ist befugt, noch andere Ausschüsse nach Bedarf zu bilden und bestimmte Geschäfte besonderen Unterausschüssen zu übertragen.

§ 5. Der Präsident teilt die Mitglieder den Ausschüssen und Unterausschüssen für die Dauer ihrer Ernennungsperiode zu.

Zu den Sitzungen der einzelnen Ausschüsse und Unterauschüsse können Mitglieder anderer Ausschüsse und Unterausschüsse zugezogen werden, auch kann der Präsident die gemeinsame Tagung mehrerer Ausschüsse anordnen.

§ 6. Die Einberufung des Landesgesundheitsrats in seiner Gesamtheit bedarf der Genehmigung des Ministers für Volkswohlfahrt. Dieser kann auch die Einberufung eines Ausschusses oder eines Unterausschusses anordnen. Im übrigen bestimmt der Präsident, ob eine Angelegenheit einem Ausschuß oder mehreren Ausschüssen zu unterbreiten ist.

§ 7. Der Präsident verteilt den Arbeitsstoff, ernennt die Berichterstatter aus der Zahl der Mitglieder oder Sachverständigen, beraumt die Sitzungen an, erläßt die Einladungen hierzu unter Mitteilung der Tagesordnung sowie nötigenfalls der zur Erläuterung dienenden Vorlagen und leitet die Verhandlungen. Im Falle seiner Behinderung tritt sein Stellvertreter ein. Bei den Sitzungen der Ausschüsse kann sich der Präsident durch ein Ausschußmitglied in der Leitung dauernd vertreten lassen.

§ 8. Die Tagung des Landesgesundheitsrats in seiner Gesamtheit ist öffentlich, sofern nicht aus besonderem Anlasse für die ganze Sitzung oder für Teile derselben die Oeffentlichkeit ausgeschlossen wird.

Die Sitzungen der Ausschüsse sind nicht öffentlich.

§ 9. Die Beschlüsse werden durch die Mehrheit der Abstimmenden gefaßt, Stimmengleichheit gilt als Ablehnung.

Abweichende Vota sind auf Antrag in die Niederschrift aufzunehmen, ebenso Anträge, die zwar nicht eine Mehrheit, aber doch mehr als ein Drittel der stimmberechtigten Teilnehmer auf sich vereinigt haben.

§ 10. Ueber den Gang der Verhandlungen ist eine Niederschrift aufzunehmen. Der Minister für Volkswohlfahrt bestimmt denjenigen Beamten, der die Niederschrift mit Hilfe des erforderlichen Personals aufnimmt, ebenso werden die Büro- und Schreibarbeiten des Landesgesundheitsrats im Büro des Ministeriums für Volkswohlfahrt erledigt.

§ 11. Die Mitglieder des Landesgesundheitsrats erhalten Gebühren, Anwesenheitsgeld oder Reisekostenvergütung nach besonderer Anweisung des Ministers für Volkswohlfahrt und des Finanzministers.

§ 12. Im übrigen regelt sich der Geschäftsgang des Landesgesundheitsrats nach einer Geschäftsordnung, die der Minister für Volkswohlfahrt erläßt.

§ 13. Der Minister für Volkswohlfahrt wird mit der Ausführung dieses Beschlusses beauftragt.

Bildung gerichtsärztlicher Ausschüsse in den Provinzen. Beschluß des Staatsministeriums vom 30. April 1921.

Für jede Provinz wird ein Gerichtsärztlicher Ausschuß gebildet, der am 1. Juli 1921 seine Tätigkeit beginnt.

Für den Gerichtsärztlichen Ausschuß gelten folgende Vorschriften:

§ 1. Der Gerichtsärztliche Ausschuß ist eine wissenschaftlich und technisch ratgebende, kollegiale Behörde mit der Aufgabe, die gutachtliche Tätigkeit im Fache der gerichtlichen Medizin für die Gerichte und Verwaltungsbehörden nach den vom Minister für Volkswohlfahrt im Einverständnisse mit dem Justiz- und Finanzminister zu erfassenden näheren Anweisungen auszuüben.

§ 2. Der Gerichtsärztliche Ausschuß besteht aus dem Regierungs- und Medizinalrat am Sitze des Oberpräsidenten als Vorsitzenden, einem Gerichtsarzt als ständigem Mitglied und einem dritten Mitgliede, das aus einer Reihe dazu besonders ernannter ärztlicher Sachverständigen der Provinz je nach Lage des Falls zugezogen wird.

§ 3. Der Gerichtsärztliche Ausschuß hat seinen Sitz am Amtssitze des Oberpräsidenten und ist dem Oberpräsidenten unterstellt.

Die Mitglieder des Gerichtsärztlichen Ausschusses erhalten Gebühren, Anwesenheitsgeld oder Reisekostenvergütung nach besonderer Anweisung des Ministers für Volkswohlfahrt, des Justiz- und Finanzministers.

Die Kosten dieser Einrichtung werden aus der Staatskasse insoweit bestritten, als sie nicht durch Gebühren gedeckt werden.

§ 4. Mit den nach § 1 zu erlassenden Anweisungen hat der Minister für Volkswohlfahrt die näheren Bestimmungen über die Ernennung der Mitglieder, deren Amtsbezeichnung sowie den Dienstbetrieb und den Geschäftsgang der gerichtsärztlichen Ausschüsse zu treffen.

§ 5. Die Provinzialmedizinalkollegien (§ 20 der Verordnung wegen verbesserter Einrichtung der Provinzialbehörden vom 30. April 1815 — Gesetsamml. S. 85 —) werden mit dem 1. Juli 1921 aufgehoben.

Das Gesundheitswesen des Preußischen Staates in den Jahren 1914 bis 1918. Rund-Erlaß des Ministers für Volkswohlfahrt vom 20. April 1921 — I M IV 986 — an sämtliche Herren Regierungspräsidenten.

Das von der Medizinalabteilung meines Ministeriums bearbeitete Werk „Das Gesundheitswesen des Preußischen Staates in den Jahren 1914 bis 1918“ ist fertiggestellt und wird von der Verlagsbuchhandlung Richard Schoetz in Berlin SW. 48, Wilhelmstr. 10, in meinem Auftrage an die Kreisärzte unter Nachnahme zum Vorzugspreise von 7,20 M. versandt werden, den sie aus ihrer Dienstaufwandsentschädigung zu entrichten haben.

Ich ersuche ergebenst, die Kreisärzte hiernach mit Anweisung zu versehen und die nachgeordneten Behörden zu veranlassen, in den Amtsblättern usw. auf das Erscheinen des Werkes hinzuweisen. Der Ladenpreis des Buches beträgt 24 M.

B. Bayern.

Erhöhung der Impfgebühren. Verordnung des Ministeriums des Innern vom 28. April 1921.

§ 1 der Verordnung vom 28. April 1875 über den Vollzug des Impfgesetzes vom 5. April 1874 betr. die Bestreitung der Impflisten erhält folgende Fassung:

„Die Impfärzte oder ihre Stellvertreter dürfen für jede erfolgreiche öffentliche Impfung oder Wiederimpfung am Wohnort 1 Mark, außerhalb des Wohnortes 2 Mark beanspruchen. Ansätze auf Zeitaufwand oder Tagegelder für Reisekosten und sonstige Auslagen sind nicht zulässig.

Diese Gebührenerhöhung tritt auch für die seit 1. Januar 1921 vorgenommenen öffentlichen Impfungen in Wirkung.

C. Lippe.

Regelung der Organisation des ärztlichen Standes in Lippe. Gesetz vom 11. Januar 1921.

Der Landtag hat das folgende Gesetz beschlossen, das hiermit verkündet wird:

§ 1. Das Gesetz, betreffend Aerzteordnung, vom 26. März 1900 (L.-V. Bd. 23 S. 44) wird aufgehoben.

§ 2. Die oberste Landesbehörde regelt die anderweitige Organisation der lippischen Aerzteschaft und wird ermächtigt, gegebenenfalls einen Staatsvertrag mit Preußen über den Gegenstand abzuschließen. Die vom Landespräsidium getroffene Neuregelung ist sofort dem Landtage vorzulegen und auf sein Verlangen außer Kraft zu setzen.

§ 3. Die oberste Landesbehörde bestimmt, zu welchem Zeitpunkt dies Gesetz in Kraft tritt, jedoch muß es spätestens am 1. April 1921 in Geltung gesetzt werden.

Errichtung einer Aerztekammer. Verordnung des Landespräsidiums vom 29. März 1921.

In Ausführung des Gesetzes vom 11. Januar 1921 (L.-V. Bd. 27 S. 385) über die Regelung der Organisation des ärztlichen Standes in Lippe wird folgendes verordnet:

§ 1. Das Gesetz vom 11. Januar 1921 über die Regelung des ärztlichen Standes in Lippe tritt am 1. April d. J in Kraft.

§ 2. Für Lippe wird eine Aerztekammer mit dem Sitz in Detmold errichtet.

§ 3. Die Aerztekammer ist dazu berufen, die Gesamtinteressen des ärztlichen Standes zu vertreten und bei der öffentlichen Gesundheitspflege mitzuwirken.

Zu diesem Zwecke hat sie sich mit allen Fragen und Angelegenheiten, welche den ärztlichen Beruf sowie die Wahrnehmung und Vertretung der ärztlichen Standesinteressen oder das Interesse der öffentlichen Gesundheitspflege betreffen, zu beschäftigen.

Die Aerztekammer hat das Recht, innerhalb ihres Wirkungskreises Anträge und Vorstellungen an die Staatsbehörden (Landespräsidium, Regierung und Landeswohlfahrtsamt) zu richten; sie soll in allen wichtigen, die Interessen des ärztlichen Standes berührenden Angelegenheiten gehört werden.

Auch ist die Aerztekammer befugt, innerhalb der in der Ausführungsverordnung zu bestimmenden Grenzen Einrichtungen zur Fürsorge für bedürftige Aerzte und deren Hinterbliebene sowie sonstige Wohlfahrtseinrichtungen im Interesse des ärztlichen Standes zu treffen. Die Aerztekammer ist verpflichtet, sich auf Anfordern des Landespräsidiums, der Regierung und des Landeswohlfahrtsamtes über alle Fragen, welche den ärztlichen Beruf, die ärztlichen Standesinteressen und die öffentliche Gesundheitspflege betreffen, gutachtlich zu äußern.

§ 4. Die Mitglieder der Aerztekammer verwalten ihr Amt ehrenamtlich.

§ 5. Das staatliche Aufsichtsrecht über die Aerztekammer übt die Regierung aus.

§ 6. Die Aerztekammer hat die Rechte einer juristischen Person. Sie kann unter ihrem Namen Rechte erwerben und Verbindlichkeiten eingehen, vor Gericht klagen und verklagt werden. Für die Verbindlichkeiten haftet den Gläubigern nur das Vermögen der Aerztekammer.

§ 7. Der z. Zt. vorhandene Vorstand des bisherigen lippischen Aerztevereins versieht bis zur endgültigen Bildung der Aerztekammer ihre Geschäfte. Die vorläufige Aerztekammer hat einen Vorstand zu wählen, der aus einem Vorsitzenden, einem Schriftführer und einem Beisitzer (Kassenführer) besteht. Dieser Vorstand vermittelt den Verkehr mit den Landesbehörden und vertritt die Aerztekammer nach außen. Die Mitglieder des Vorstandes sind möglichst bald, spätestens bis zum 15. April d. J. der Regierung namhaft zu machen.

Der z. Zt. vorhandene Ehrenrat und der Ehrengerichtshof des bisherigen lippischen Aerztevereins üben ihre Tätigkeit vorläufig weiter aus nach Maßgabe der bisherigen Bestimmungen.

§ 8. Die Bestimmungen über die Zusammensetzung der Aerztekammer und über alle sonstigen mit ihrem Geschäftskreise zusammenhängenden Fragen bleiben besonderer Verordnung vorbehalten.

Verantwortlich für die Schriftleitung: Prof. Dr. Rapmund, Geh. Med.-Rat in Lippspringe.
Druck von J. C. C. Bruns, Minden i. W.

Rechtsprechung u. Medizinal-Gesetzgebung

Beilage zur Zeitschrift für Medizinal-Beamte

Nr. 12. 20. Juni. 1921.

Medizinal-Gesetzgebung.

Preußen.

Tagegelder für Dienstreisen der Staatsbeamten. Rund-Erlaß des Finanzministers vom 5. April 1921 an die nachgeordneten Behörden.

In Aenderung der Runderlasse vom 28. Januar 1920 (Fin.-Min.-Bl. S 45), vom 3. Juni 1920 (Fin.-Min-Bl. S. 226) und vom 17. Juli 1920 (Fin.-Min.-Bl. S. 253) genehmigen wir auf Grund des § 8 Abs. 2 des Reisekostengesetzes vom 26. Juli 1910 für den Bereich der allgemeinen, inneren Kreiskassen-, Kataster- und Hochbauverwaltung und der staatlichen Polizeiverwaltungen, daß mit Wirkung vom 1. Februar d. J. ab den Staatsbeamten bei Dienstreisen an Stelle der bisherigen Entschädigung besondere Zuschläge zu den gesetzmäßigen Tagegeldern bewilligt werden, die mit den Tagegeldern zusammen folgende Beträge nicht überschreiten dürfen:

A. für teure Städte (vergl. Runderlaß vom 17. Juli 1920 — Fin. Min. Bl. S. 253): 1. bei mehrtägigen Dienstreisen:

in Stufe I: 50 Mk. in Stufe III: 70 Mk. in Stufe V: 90 Mk.
„ „ II: 60 „ „ „ IV: 80 „

2. bei Dienstreisen, die an demselben Tage angetreten und beendet werden:

in Stufe I: 25 Mk. in Stufe III: 35 Mk. in Stufe V: 45 Mk.
„ „ II: 30 „ „ „ IV: 40 „

B. im übrigen:

1. bei mehrtägigen Dienstreisen:

in Stufe I: 35 Mk. in Stufe III: 50 Mk. in Stufe V: 60 Mk.
„ „ II: 40 „ „ „ IV: 55 „

2. bei Dienstreisen, die an demselben Tage angetreten und beendet werden:

in Stufe I: 20 Mk. in Stufe III: 30 Mk. in Stufe V: 40 Mk.
„ „ II: 25 „ „ „ IV: 35 „

Es gehören von den in der Besoldungsordnung zum Beamten-Diensteinkommensgesetz vom 17. Dezember 1920 (Gesetzsamml. S. 135) aufgeführten Beamten:

	Die Beamten mit		
	festen Grundgehaltssätzen in Gruppe	Mindestgrundgehaltssätzen in Gruppe	Einzelgehältern in Gruppe
zur Stufe I	1—5	—	—
„ „ II	6—8	1 und 2	—
„ „ III	9—12	3 und 4	—
„ „ IV	13	5	I—III
„ „ V	—	—	IV—V

Gleichzeitig wird noch besonders darauf hingewiesen, daß für den Tag der Rückkehr von der Dienstreise an den Wohnort oder auswärtigen Beschäftigungsort, auch wenn sie zu den teuren Orten gehören, die für teure Städte festgesetzten Tagegelder nur dann gezahlt werden dürfen, wenn der Beamte an diesem Tage an einem anderen teuren Orte das Mittagessen eingenommen hat oder dort längere Zeit dienstlich tätig war.

Im übrigen tritt an den bisherigen Grundsätzen der Abfindung der Beamten bei Dienstreisen keine Aenderung ein.

Gewährung von Kinderzulagen an über 21 Jahre alte Kinder. Runderlaß des Finanzministers vom 14. April 1921.[1]) an die nachgeordneten Behörden.

Die Landesversammlung hat bei Verabschiedung des Beamten-Diensteinkommensgesetzes vom 17. Dezember 1920 beschlossen:

Die Staatsregierung zu ersuchen, für die Uebergangszeit den Beamten und Volksschullehrern für Kinder nach vollendetem 21. Lebensjahre, die sich noch in Schul- oder Berufsausbildung befinden oder wegen körperlicher oder geistiger Gebrechen erwerbsunfähig sind, Kinderzulagen in derselben Weise zu zahlen, wie es im Reiche geschieht (Verfügung des Reichsministers der Finanzen vom 1. Oktober 1920 — I B 8487 Hg —)

In Ausführung dieses Beschlusses wird folgendes bestimmt:

1. Den Beamten und Volksschullehrpersonen, die am 31. März 1920 für über 21 Jahre alte, noch in Schul- und Berufsausbildung befindliche oder wegen körperlicher oder geistiger Gebrechen erwerbsunfähige Kinder Kinderzulagen bezogen haben, kann auf Antrag diese Zulage vorläufig bis zum 31. März 1921, jedoch nicht über das vollendete 24. Lebensjahr hinaus, in Höhe von 50 Mark monatlich weiter bewilligt werden.

2. Die Weiterbewilligung über das vollendete 24. Lebensjahr hinaus ist bei Kindern, die sich noch in Berufsausbildung befanden, in ganz besonders begründeten Ausnahmefällen mit Zustimmung des zuständigen Fachministers zulässig.

3. Für Kinder, die nach dem 31. März 1920 ihr 21. Lebensjahr vollendet haben oder noch vollenden, und für über 21 Jahre alte Kinder von Wartegeldempfängern, Ruhegehaltsempfängern und Witwen von Beamten und Volksschullehrern können Kinderzulagen nicht bewilligt werden.

4. Die Kinderzulagen sind für das Rechnungsjahr 1921 zu verrechnen, und zwar:

a) die Zulagen für Beamtenkinder bei den sonstigen außerplanmäßigen Ausgaben der betreffenden Verwaltung unter dem Titel „Kinderzulagen für über 21 Jahre alte Kinder“,

b) die Zulagen für Kinder von Volksschullehrpersonen bei Titel 1 der Landesschulkasse.

5. Zu den Ausgabeanweisungen, die von dem bearbeitenden Beamten sogleich in Reinschrift auszufertigen sind, ist der Vordruck 104 (Ausgabeanweisung über einmalige Ausgaben) zu verwenden. In Spalte 3 ist der Name und der Geburtstag des Kindes anzugeben, außerdem ist zu bestätigen, daß für das Kind am 31. März 1920 Kinderbeihilfe gezahlt ist, z. B.: „Kinderzulage für den Sohn Ernst, geboren 10. Dezember 1898, für den am 31. März 1920 Kinderbeihilfe gezahlt ist für die Zeit vom 1. April 1920 bis zum ..... 192. . .“ In dem Falle zu 2 (bei über 24 Jahre alten Kindern) ist zuzusetzen: „Genehmigt durch Erlaß des Herrn .....Ministers vom .... Nr. . . .“ Abschrift des genehmigenden Erlasses ist nicht beizufügen.

Auf den Anträgen ist kurz zu vermerken, daß die Kinderzulage bewilligt ist; Abschrift der Ausgabeanweisung ist für die Akten nicht zurückzubehalten.

Die zur geschäftlichen Erleichterung dieses Erlasses erforderlichen Abdrucke sind beigefügt.

Urlaub der Staatsbeamten. Runderlaß des Ministers für Volkswohlfahrt vom 3. Mai 1921 an die nachgeordneten Behörden.

Es hat sich als zweckmäßig erwiesen, die Urlaubszeiten für die Beamten aller Verwaltungen in diesem Jahre nach einheitlichen Grundsätzen zu regeln. Hierfür sind vom preußischen Staatsministerium die nachstehenden Richtlinien aufgestellt worden, die auch bei der Bemessung des Erholungsurlaubs für die Beamten meiner Verwaltung als Grundlage zu dienen haben.

Soweit an einzelnen Stellen meiner Verwaltung Beamte im Vorbereitungsdienste vorhanden sein sollten, übertrage ich mit Bezug auf Ziffer 6 der Richtlinien die Entscheidung über die Urlaubsbemessung bezüglich dieser Beamten dem zuständigen Behördenvorstande.

Ich ersuche ergebenst, hiernach sogleich das Erforderliche zu veranlassen.

---

[1]) Durch Runderlaß vom 3. Mai 1921 auch für den Bereich des Ministeriums für Volkswohlfahrt maßgebend.

Richtlinien
für die Erteilung des Erholungsurlaubs im Rechnungsjahr 1921.

1. Allen unmittelbaren Staatsbeamten soll im Rechnungsjahre 1921, ohne daß es eines besonderen Antrags bedarf, ein Erholungsurlaub gewährt werden. Die Urlaubsdauer ist unter Berücksichtigung der Dienststellung und des Lebensalters abzustufen. Stichtag für die Bemessung des Urlaubs ist der erste Urlaubstag.

Die Urlaubsdauer beträgt Kalendertage in:

Urlaubsklasse	Besoldungsgruppe	Altersabteilung 1 (bis zu 30 Jahren)	Altersabteilung 2 (30—40 Jahre)	Altersabteilung 3 (über 40 Jahre)
A	I—IV	21	24	28
B	V—VIII	24	28	31
C	IX—XII	28	31	35
D	XIII und darüber	35	38	42

Maßgebend für die Einreihung in die Urlaubsklassen ist die Besoldungsgruppe, nach deren Sätzen der Beamte seine Bezüge erhält.

3. Die Urlaubszeiten werden für außerplanmäßige Beamte, die das 30. Lebensjahr noch nicht vollendet haben, gekürzt:
   im 1. Dienstjahr der außerplanmäßigen Dienstzeit um 7 Kalendertage,
   im 2. Dienstjahr der außerplanmäßigen Dienstzeit um 5 Kalendertage,
   im 3. Dienstjahr der außerplanmäßigen Dienstzeit um 3 Kalendertage.

4. Diejenigen Beamten, die auf Veranlassung der Behörde den Urlaub in der Zeit vom 1. November bis 30. April nehmen, erhalten einen Zusatzurlaub bis zu höchstens 7 Tagen; fällt der Urlaub nur zum Teil in die vorbezeichnete Zeit, so verringert sich der Zusatzurlaub entsprechend.

5. Die Tatsache, daß ein Beamter nach bisherigem Verwaltungsbrauch einen längeren Erholungsurlaub gehabt hat, als ihm nach vorstehender Ordnung gewährt wird, gibt ihm keinen Anspruch auf Belassung des bisherigen längeren Urlaubs.

6. Den Urlaub der Beamten im Vorbereitungsdienst regeln die Ressortchefs.

Aerztliche Versorgung usw. der Angehörigen der interalliierten Ausschüsse. Runderlaß des Herrn Ministers für Volkswohlfahrt vom 9. Mai 1921 an sämtliche Herren Regierungspräsidenten.

Die dem Deutschen Reich obliegende ärztliche Versorgung usw. der interalliierten Ausschüsse in Krankheitsfällen, die bisher vom Reichsarbeitsministerium durch die Hauptversorgungsämter bewirkt worden ist, erfolgt vom 1. Mai 1921 ab durch das Reichsschatzministerium mit Hilfe der Landesfinanzämter. Zur Durchführung dieser Versorgung hat das Reichsschatzministerium im Benehmen mit dem Reichministerium des Innern sowie mit mir die nachfolgende Anweisung ergehen lassen:

1. Die Landesfinanzämter, R.Sch.'Abt, treten sofort mit dem in Frage kommenden Hauptversorgungsämtern in Verbindung, um die etwa bereits vorhandenen notwendigen Vorgänge, Verträge mit Aerzten, Krankenanstalten, Apotheken usw. zu übernehmen. Ich lege Wert darauf, daß die Uebernahme glatt, in einfachster Form und ohne Störung der laufenden ärztlichen Versorgung sich vollzieht. An Stelle der Dienststellen des Reichsarbeitsministeriums treten im allgemeinen die entsprechenden Dienststellen der Reichsschatzverwaltung.

2. Die ambulante Behandlung aller Angehörigen (auch der Mannschaften) wird grundsätzlich durch die eigenen Aerzte der Ausschüsse bewirkt. Wo solche Aerzte fehlen, ist die Behandlung durch Vertragsärzte sicherzustellen (entweder durch Uebernahme schon bestehender oder durch Abschluß neuer Verträge). Die Behandlungsgebühren sind nach dem Reichstarif anzusetzen.

3. Etwaige Ueberweisung in ein Krankenhaus erfolgt durch den zu 2 bezeichneten Arzt, im Behinderungsfalle durch den beamteten Arzt (Kreisarzt usw.).

4. Die Mannschaften wurden bisher in die Versorgungslazarette aufgenommen. Fortab sind sie ebenfalls in die Krankenanstalten zu überweisen, mit denen bereits Verträge über Aufnahme der Offiziere usw. bestehen. Die Verträge sind durch Nachträge entsprechend zu erweitern. Unterbringung nach den gleichen Grundsätzen entweder einzeln oder durch Zusammenlegen in gleichen Zimmern.

5. Sogenannte fliegende Kommissionen sind bezüglich Behandlung oder Krankenhausüberweisung an den beamteten Arzt (Kreisarzt usw.) zu verweisen.

6. Arzneimittelbelieferung:

Die Belieferung der zuständigen Ausschüsse erfolgt, soweit möglich, wie bisher aus den Apotheken der Versorgungslazarette, sonst aus Zivilapotheken auf Grund neu abzuschließender Verträge. Fliegende Kommissionen besorgen sich die notwendigen Arzneien auf eigene Kosten unter Vorbehalt späterer Rückerstattung aus der Reichskasse auf Grund der vorzulegenden Rechnungen.

Die Prüfung aller Arzneimittelrechnungen erfolgt durch die örtlich zuständige Medizinalbehörde.

7. Alle neu abzuschließenden Verträge sind vorher von der örtlich zuständigen Medizinalbehörde prüfen zu lassen, die entsprechende Weisung vom betreffenden Ministerium erhalten wird.

8. Alle entstehenden Kosten sind vorschußweise zu verausgaben und nach Sch. A. Bl. 1920 S. 873 Nr. 1284 anzufordern. Eine Ausnahme machen die Angehörigen der Reparationskommission. Die für diese Angehörigen entstehenden Kosten sind in gleicher Weise einzuziehen, wie im Sch. A. Bl. 1921 S. 120 Nr. 267 bezüglich ihrer Unterbringung angeordnet. Diese Bestimmung ist sinngemäß anzuwenden. Auch hier soll ein unmittelbarer Verkehr zwischen den Angehörigen der Kommission und den Krankenanstalten nicht stattfinden. Einzuziehen sind lediglich die tatsächlich entstehenden Kosten — nicht etwa z. B. auch Anteilbeträge bei Inanspruchnahme vertraglich verpflichteter Aerzte usw.

9. Etwaige Zweifel sind umgehend zur Sprache zu bringen.

Ich ersuche ergebenst, die Medizinalbeamten mit Weisung zu versehen, daß sie den an sie ergehenden Ersuchen der Landesfinanzämter und Finanzämter Folge leisten. Zugleich erkenne ich diese ärztliche Tätigkeit als vertrauensärztliche Tätigkeit im Sinne des § 115 der Dienstanweisung der Kreisärzte vom 1. September 1909 an und verpflichte die Kreisärzte, diese vertrauensärztliche Tätigkeit zu übernehmen (§ 34 Absatz 3) der Dienstanweisung für die Kreisärzte). Die Entlohnung der beamteten Aerzte für diese Tätigkeit erfolgt nach dem vom Reichsarbeitsministerium herausgegebenen Reichstarif, der vom zuständigen Landesfinanzamt zu erbitten ist.

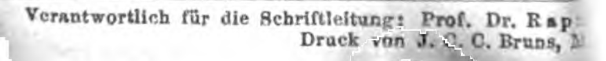
Aertzliche Untersuchung und Ueberwachung des Gesundheitszustandes der Bleiarbeiter. Runderlaß des Ministers für Volkswohlfahrt vom 9. April 1921 an sämtliche Herren Regierungspräsidenten.

In grundsätzlicher Uebereinstimmung mit den in der Praxis stehenden Fachleuten sind wir der Ansicht, daß zunächst und vornehmlich die Kreisärzte befähigt und allgemein geeignet sein werden, die Bedingungen des § 17 der Verordnung über die Einrichtung und den Betrieb von Anlagen zur Herstellung von Bleifarben und anderen Bleiverbindungen vom 27. Januar 1920 zu erfüllen. Daneben können auch andere praktische Aerzte ermächtigt werden, wenn eine Prüfung der Verhältnisse ergibt, daß sie nach ihrer Erfahrung und Vorbildung die Gewähr bieten, daß die genannten Aufgaben sachgemäß und gewissenhaft von ihnen erfüllt werden können.

Nach dem Dienstantritt der für Preußen vorgesehenen fünf Landesgewerbeärzte wird zu prüfen sein, ob einer dieser für etwa 50 technische Aufsichtsbezirke umfassenden räumlich begrenzten Aufsichtsbezirk zuständigen Beamten unter Berücksichtigung seines Wohnsitzes und seiner Aufgaben imstande sein wird, bei den in Rede stehenden Aufgaben persönlich mitzuwirken. In jedem Falle aber dürfte es geboten sein, daß den Landesgewerbeärzten die Verarbeitung der Ergebnisse der Untersuchung möglich gemacht wird.

Wir ersuchen daher ergebenst, die zu der Untersuchung der Bleiarbeiter durch die oberen Verwaltungsbehörden ermächtigten Aerzte — sobald die Benachrichtigung dorthin gelangt sein wird, daß die Landesgewerbeärzte ihre Tätigkeit aufgenommen haben — darauf hinzuwirken, daß sie Ort und Zeit der Untersuchung sowie deren Ergebnisse auch den Landesgewerbeärzten mitteilen.

Berichtigung: In der Beilage zu Nr. 1[illegible] [illegible] muß es unter Bayern (Erhöhung der Impfgebühren) bei Impfung [illegible] halb des Wohnortes „drei" statt 2 Mark heißen.




Verantwortlich für die Schriftleitung: Prof. Dr. Rap[illegible] [illegible]rlage.
Druck von J. C. C. Bruns, M[illegible]

Rechtsprechung u. Medizinal-Gesetzgebung

Beilage zur Zeitschrift für Medizinal-Beamte

Nr. 13. **5. Juli.** **1921.**

Medizinal-Gesetzgebung.

Preußen.

Amtsärztliche Untersuchung und Begutachtung von Kraftwagenführern. Rund-Erlaß des Ministers der öffentlichen Arbeiten und des Ministers des Innern vom 8. März 1921[1]) — an sämtliche Herren Regierungspräsidenten.

Auf die im Reichsgesetzblatt Nr. 16 (Seite 150 bis 158) veröffentlichte Verordnung der Reichsregierung vom 1. Februar d. Js. (Nr. 7975)[2]) weisen wir besonders hin. Hierdurch werden die bisherigen Vorschriften über Typenbescheinigungen für Kraftfahrzeuge, über Mitführen von Anhängewagen, über Zulassung von Führern usw. wesentlich abgeändert.

Es wird in Zukunft möglich sein, Kriegsbeschädigte, Unfallverletzte usw., falls gewisse Voraussetzungen erfüllt sind, als Führer eines bestimmten Kraftfahrzeugs zuzulassen. Die bisherige Anleitung zur amtsärztlichen Untersuchung der Kraftfahrzeugführer bedarf schon aus diesem Grunde einer Ergänzung.

---

[1]) Gleichlautende Vorschriften sind in allen anderen deutschen Staaten erlassen, in Bayern z. B. durch Bekanntmachung des Staatsministeriums des Innern.

[2]) Die von der Reichsregierung (Reichsamt des Innern) unter dem 1. Februar d. J. erlassene Verordnung regelt den ganzen Verkehr mit Kraftfahrzeugen fast vollständig neu. Die hier vorgesehenen Abschnitte I—VI (Typen- und Zulassungsbescheinigungen, Mitführen von Anhängern), Probefahrten, Ausnahmen, Angabe der Felgendrücke interessieren hier nicht. In Abschnitt VII (Zulassung von Kraftfahrzeugführern) heißt es unter Ziffer I, Abs. 1:

„2. ein Zeugnis des beamteten Arztes darüber, daß der Antragsteller keine körperlichen Mängel hat, die seine Fähigkeit beeinträchtigen können, ein Kraftfahrzeug sicher zu führen, insbesondere keine Mängel hinsichtlich des Seh- und Hörvermögens; dieses Zeugnis fällt bei Anträgen auf Erteilung der Erlaubnis zum Führen eines Kraftrades fort;

3. ein Lichtbild (Brustbild 6 × 8 cm groß, unaufgezogen), das auf der Rückseite mit der eigenhändigen Unterschrift des Antragstellers und des beamteten Arztes versehen sein muß; Unterschrift des beamteten Arztes, Datum der Untersuchung und Dienststempel fallen bei Anträgen auf Erteilung der Erlaubnis zum Führen eines Kraftrades fort.

Ziff. III Abs. 2 ist weiterhin wie folgt ergänzt:

Anträgen auf Erweiterung von Kraftradführerscheinen ist ein amtsärztliches Zeugnis beizufügen; dieses muß auch eine Erklärung darüber enthalten, daß dem beamteten Arzte die untersuchte Person bekannt ist oder daß er sich durch das Lichtbild des Führerscheins von ihrer Nämlichkeit überzeugt hat.

Ziff. VI Abs. 2:

In Ausnahmefällen kann die höhere Verwaltungsbehörde einen Führerschein auch für die Führung eines einzelnen bestimmten Kraftfahrzeugs ausstellen, insbesondere wenn ein Kriegsverletzter ein Fahrzeug führen will, das der Körperbeschaffenheit durch besondere Einrichtungen angepaßt ist oder das er mit Hilfe eines Ersatzgliedes sicher führen kann. In diesen Fällen sind Kennzeichen, Firma, die das Fahrgestell hergestellt hat, und Fabriknummer des Fahrgestells im Führerschein anzugeben.“

Ferner hat der Verein kraftfahrender Aerzte auf Grund der seit dem Jahre 1911 gesammelten Erfahrungen weitere Aenderungen der Anleitung vorgeschlagen. Ein entsprechender Entwurf ist unter Beteiligung von kraftfahrenden Aerzten, von beamteten Aerzten, Spezialärzten und des Reichsgesundheitsamts durchberaten worden. Die aus der Anlage I ersichtliche Fassung ist das Ergebnis dieser Beratungen. In Abänderung unseres Erlasses vom 13. November ersuchen wir, die im dortigen Bezirk mit der gesundheitlichen Prüfung der Kraftwagenführer (die amtsärztliche Prüfung der Kraftradführer kommt in Zukunft in Fortfall) betrauten beamteten Aerzte anzuweisen, bei ihren Begutachtungen ausschließlich das anliegende „Muster zur amtsärztlichen Begutachtung von Personen, die um Zulassung als Führer von Kraftwagen nachsuchen" zu verwenden und bei der Ausführung der Untersuchungen die in der anliegenden „Anleitung zur amtsärztlichen Untersuchung und Begutachtung von Personen, die um Zulassung als Führer von Kraftwagen nachsuchen" aufgestellten Grundsätze zu beachten.

Anlage I.

Anleitung zur amtsärztlichen Untersuchung und Begutachtung von Personen, die um Zulassung als Führer von Kraftwagen nachsuchen.

Bewerber um Zulassung als Führer von Kraftwagen müssen im allgemeinen einen gesunden und kräftigen Eindruck machen und eine regelrechte Körperbeschaffenheit, insbesondere ein ausreichendes Seh- und Hörvermögen aufweisen. Körperbeschaffenheit und geistiger Zustand sollen den nicht geringen Anforderungen der Tätigkeit eines Kraftwagenführers entsprechen; es dürfen keine Anzeichen dafür vorhanden sein, daß sie sich in absehbarer Zeit verschlechtern. Sind hierfür auch nur Verdachtsgründe vorhanden, so ist der Bewerber zurückzustellen und wiederholt, nötigenfalls durch Fachärzte zu untersuchen, bis der Zustand zweifelfrei klargelegt ist.

Im einzelnen ist folgendes zu beachten:

Kopf und Rumpf müssen frei beweglich sein, damit der Führer imstande ist, seitwärts und auch hinter sich zu sehen. Der Rumpf muß so beweglich sein, daß der Führer sich soweit bücken kann, um vor seinem Sitze am Spritzbrett befindliche Vorrichtungen während der Fahrt zu betätigen. Ebenso müssen die oberen und unteren Gliedmaßen genügend freie Beweglichkeit zur Betätigung der verschiedenen Hand- und Fußhebel aufweisen. Bei Versteifung, Verkürzung oder Verlust einzelner Finger ist in jedem einzelnen Falle zu prüfen, ob der Führer imstande ist, mit jeder Hand gesondert das Steuerrad festzuhalten und zu drehen. Dabei ist zu beachten, daß dasselbe oft erheblichen und gewaltsamen Drehungen durch Unebenheiten der Fahrbahn ausgesetzt ist, welche jede Hand einzeln überwinden können muß. Die Kraft und Beweglichkeit des rechten Armes darf nicht behindert sein, weil die rechte Hand die Hebel für Geschwindigkeitsänderung und Bremse zu betätigen hat. Die Füße haben meist zwei bezw. drei Hebel durch Niederdrücken zu betätigen und müssen deshalb, besonders in den Fußgelenken, frei von Bewegungshindernissen sein.

Was das Sehvermögen anlangt, so macht einäugiges Sehen zum Kraftwagenführer untauglich. Als Sehschärfe muß auf einem Auge ohne oder mit Glas mehr als $^1/_2$, auf dem anderen mindestens $^1/_6$ vorhanden sein, bei regelrechten Gesichtsfeldgrenzen und einem sonstigen Befunde, der das Vorhandensein von Erkrankungen, die erfahrungsgemäß das Sehen verschlechtern ausschließt.

Die Sehschärfe ist im Zeugnis für jedes Auge — nach Snellen — einzeln anzugeben.

Die Benutzung nur eines Auges zum deutlichen Sehen, wie es bei Schielenden der Fall ist, macht nicht ungeeignet zum Kraftwagenführer, wenn der Zustand schon seit frühester Jugend besteht, das bessere Auge mindestens $^2/_3$, das schlechtere mindestens $^1/_6$ Sehschärfe hat, beide Augen regelrechtes Gesichtsfeld und keine Anzeichen für gefährliche Erkrankungen aufweisen.

Ausgeschlossen von der Zulassung sind Bewerber, die an Doppelsehen, Linsenlosigkeit und Nachtblindheit leiden.

Bei Prüfung des Hörvermögens ist festzustellen, in welcher Entfernung Flüstersprache deutlich verstanden wird. Es genügt, wenn auf einem Ohr

Flüstersprache in drei Meter Entfernung sicher verstanden wird. Bei der Ohruntersuchung ist auf Gleichgewichtsstörungen zu achten.

Hochgradige Neurasthenie, progressive Paralyse und andere Geisteskrankheiten, organische Gehirnkrankheiten, Tabes und andere Rückenmarkskrankheiten machen untauglich zur Führung eines Kraftwagens; deshalb ist schon bei genügendem Verdacht auf diese Krankheiten das Zeugnis vorläufig zu verweigern und gegebenenfalls ein fachärztliches Gutachten zu verlangen. Krämpfe (Epilepsie) und Schwindel machen unfähig zur Führung eines Kraftwagens.

Bei Erkrankungen der inneren Organe der Brust- und Bauchhöhle, sowie Erkrankungen des Gefäßsystems, der Nieren, bei Zuckerharnruhr und dergleichen wird der Gutachter in jedem einzelnen Falle auf Grund des Gesamtergebnisses der Untersuchung entscheiden müssen, ob die Krankheit derartig ist, daß die öffentliche Sicherheit bei der Führung eines Kraftwagens gefährdet wird.

Von der restlosen Erfüllung der vorstehenden Anforderungen, soweit sie Rumpf und Glieder betreffen, kann in besonders gelagerten Fällen abgesehen werden, wenn die Erlaubnis nur für die Führung eines einzelnen bestimmten Wagens beantragt wird. So wird ein regelrechter Körperbau nicht nötig sein, wenn der Betreffende sich um die Zulassung zur Führung eines Wagens bewirbt, der seinem Körperzustande durch Anbringung besonderer Vorrichtungen angepaßt worden ist, oder wenn an Stelle fehlender Glieder zuverlässige Ersatzglieder benutzt werden. In diesen Fällen ist dem Arzte der Nachweis der Fähigkeit zur Führung eines bestimmten einzelnen Wagens durch das Zeugnis eines für die Prüfung von Kraftfahrzeugführern amtlich anerkannten Sachverständigen, erforderlichenfalls nach Anhören der Beschaffungsstelle für künstliche Glieder oder der Prüfstelle für Ersatzglieder, zu erbringen. Das ärztliche Zeugnis ist danach mit einem einschränkenden Vermerk zu versehen.

Anlage II

Muster[1])

zur amtsärztlichen Begutachtung von Personen, die um Zulassung als Führer von Kraftwagen nachsuchen.

Amtsärztliches Zeugnis und Gutachten.

Ausgestellt für (Vor- und Zuname): . . . .
geboren am . . . ., wohnhaft zu . . . .
gegenwärtiger Beruf . . . .
Nr. des Führerscheins, falls solcher bereits für Krafträder erteilt, ...

1. Macht der zu Untersuchende den Eindruck eines gesunden, kräftigen Menschen?

2. Bestehen Mißbildungen, Formfehler, Erkrankungen oder Folgen von Verletzungen an den Knochen, Gelenken, Muskeln, Sehnen oder der Haut? Welche? Welchen Einfluß haben sie auf die Gebrauchsfähigkeit des befallenen Körperteils?

Ist eine Prüfung des Untersuchten durch einen für die Prüfung von Kraftfahrzeugführern amtlich anerkannten Sachverständigen oder die Anhörung der Beschaffungsstelle für künstliche Glieder oder der Prüfstelle für Ersatzglieder notwendig, bevor ein abschließendes Urteil abgegeben werden kann? (Falls eine solche Prüfung bezw. Anhörung bereits stattgefunden hat, ist das schriftliche Gutachten beizufügen.)

3. Bestehen Krankheiten des Nervensystems? (Verhalten der Sehnenreflexe, Lähmungen, Epilepsie, Schwindel, Störungen des Gefühlssinns, Geruchssinns usw.?)

4. Wie groß ist die Sehschärfe? rehhts $\frac{\text{ohne}}{\text{mit}}$ Glas = links: $\frac{\text{ohne}}{\text{mit}}$ Glas =

Bestehen Unregelmäßigkeiten des Gesichtsfeldes, Schielen, Augenmuskellähmungen, andere Leiden des Auges oder seiner Umhüllungen?

Sind Folgezustände früherer Augenerkrankungen vorhanden?

Besteht Nachtblindheit?

[1]) Bemerkungen: Noch vorhandene Formulare des bisherigen Musters können für normale Fälle aufgebraucht werden.

5. Wie ist die Hörfähigkeit?
6. Bestehen Krankheiten des Herzens oder des Gefäßsystems?
7. Bestehen Krankheiten der Atmungsorgane?
8. Sonstige Bemerkungen?
9. Ist vor Abgabe eines abschließenden Urteils noch eine Untersuchung durch einen Facharzt geboten? In welcher Beziehung?
10. Ist der Untersuchte auf Grund seiner Angaben und des vorstehend verzeichneten Befundes als Führer von Kraftwagen in jeder Hinsicht geeignet?

Verneinenden Falles, für welchen Kraftwagen soll der Führerschein in Uebereinstimmung mit dem Gutachten des für die Prüfung von Kraftfahrzeugführern amtlich anerkannten Sachverständigen (vergl. Ziffer 2 Absatz 2) ausgestellt werden?

Ort und Tag der Untersuchung:
Unterschrift des Arztes:

(Dienstsiegel.)

Anträge von Medizinalbeamten auf Entsendung zu Kongressen und Tagungen. Runderlaß des Herrn Ministers für Volkswohlfahrt vom 24. Mai 1921 — I M I 1152 — an sämtliche Herren Regierungspräsidenten.

In letzter Zeit haben sich die Anträge von Medizinalbeamten auf Entsendung zu Kongressen und Tagungen, die für die Medizinalverwaltung von Interesse sind, unter Bewilligung der verordnungsmäßigen Reiseentschädigung aus der Staatskasse vermehrt. Da der Staatskasse durch die Genehmigung dieser Anträge sehr erhebliche Ausgaben erwachsen, und da außerdem auch die Behandlung der Anträge bei den Regierungen nicht einheitlich erfolgt, bestimme ich hiermit, daß sämtliche Anträge der vorbezeichneten Art mir mit einer entsprechenden Stellungnahme über die Zweckmäßigkeit der Entsendung der Antragsteller zur Entscheidung rechtzeitig vorzulegen sind.

Ich bemerke hierzu, daß eine Genehmigung der Anträge mit Rücksicht auf die ungünstige Finanzlage des preußischen Staates nur in sehr beschränktem Umfange erfolgen kann. Eine besondere Bekanntgabe der Kongresse und Tagungen, die für die Medizinalverwaltung von Wichtigkeit sind, wird von hier aus nicht erfolgen, da in den meisten Fällen von den Veranstaltern bereits Rundschreiben ergehen oder die medizinischen Zeitschriften von ihrem Stattfinden Notiz nehmen.

Vornahme der experimentellen Pockendiagnose nach Paul. Rund-Erlaß des Ministers für Volkswohlfahrt vom 24. Mai 1921 — I M III 1147 — an sämtliche Herren Regierungspräsidenten.

Da die im hiesigen Institut für Infektionskrankheiten „Robert Koch“ seit Jahren ausgeführte experimentelle Pockendiagnose nach Paul sich gut bewährt hat, bestimme ich, daß die im genannten Institut bislang ausgeführten Untersuchungen vom 1. Juli d. J ab in dem zuständigen Medizinaluntersuchungsamt — auch bei den Universitätsinstituten — vorgenommen werden. Von jedem Fall von Pocken und Pockenverdacht ist mithin vom angegebenen Zeitpunkte ab Untersuchungsmaterial nicht mehr an das hiesige „Robert Koch-Institut“, sondern an das für den Erkrankungsfall zuständige Medizinaluntersuchungsamt zu senden. Im übrigen verbleibt es bei den Anordnungen des eingangs bezeichneten Erlasses. Ich ersuche ergebenst, die Bezirks- und Kreismedizinalbeamten einschließlich der Gerichtsärzte gefälligst entsprechend zu benachrichtigen.

Ausbildungszeit für Apothekerlehrlinge. Rund-Erlaß des Ministers für Volkswohlfahrt vom 22. April 1921 — an sämtliche Herren Regierungspräsidenten.

Unter Bezugnahme auf meinen Erlaß vom 7. August 1920 bemerke ich Behebung von Zweifeln, daß bei denjenigen Apothekerlehrlingen, die ausnahmsweise noch nach dem 1. Januar 1921 mit dem Zeugnisse der Reife für die Prima zur Apothekerlaufbahn zugelassen worden sind, die Ausbildungszeit, ebenso wie bisher einen Zeitraum von drei Jahren umfaßt.

Verantwortlich für die Schriftleitung: Prof. Dr. Rapmund, Geh. Med.-Rat in Lippspringe.
Druck von J. C. C. Bruns, Minden i. W.

Rechtsprechung u. Medizinal-Gesetzgebung

Beilage zur Zeitschrift für Medizinal-Beamte

Nr. 14. **20. Juli.** **1921.**

Rechtsprechung.

Freigabe des Heilgewerbes. Urteil des preußischen Oberverwaltungsgerichts (III. Senat) vom 22. Februar 1917.

Nach der Reichsgewerbeordnung kann der Betrieb eines Heilgewerbes, insbes. die Ausübung der Bauchmassage an weiblichen Personen, nicht aus dem Grunde untersagt werden, weil der Gewerbetreibende als gänzlich ungeeignet und unzuverlässig in Beziehung auf diesen Gewerbebetrieb anzusehen sei. Aber auch auf § 10 Tit. 17 Teil II des Allg. Landr. kann sich eine solche Untersagung nicht stützen; denn dem Kläger ist nicht die Ausübung strafbarer oder sonst polizeiwidriger Handlungen, sondern die Ausübung des Heilgewerbes in dem bezeichneten Umfange überhaupt verboten. Dem steht aber einmal die allgemein geltende Freigabe des Heilgewerbes entgegen. Außerdem liegen aber auch die Voraussetzungen des § 10 Titel 17 Teil II a. a. O. insofern nicht vor, als nicht eine in naher Zukunft bevorstehende unmittelbare Gefahr, sondern nur die abstrakte Möglichkeit einer polizeiwidrigen Ausübung des Heilgewerbes besteht und diese zur Rechtfertigung des erlassenen Verbots nicht ausreicht.

Untersagung des gewerbsmäßigen Betriebs von Badeanstalten im Rahmen des freigegebenen Heilgewerbebetriebs. Urteil des preußischen Oberverwaltungsgerichts (III. Senat) vom 14. April 1919.

Der Betrieb von Badeanstalten kann auch einem nicht als Arzt approbierten „Heilgewerbetreibenden", der eine Badeanstalt für die Zwecke seines Heilgewerbes unterhält, bei dem Vorliegen der gesetzlichen Voraussetzungen wegen Unzuverlässigkeit, z. B. bei schweren sittlichen Verfehlungen, untersagt werden.

Zu unsersagen ist nicht der Betrieb einer einzelnen bestimmten Badeanstalt, sondern der Betrieb „von Badeanstalten".

Medizinal-Gesetzgebung.

Deutsches Reich.

Aenderung des Gerichtskostengesetzes; Erhöhung der Schreibgebühren. Gesetz vom 29 Juni 1921.

Durch das Gesetz ist § 80 über die Schreibgebühren dahin geändert, daß künftighin für die mindestens „zweiunddreißig Zeilen" statt „zwanzig Zeilen" enthaltende Seite mit „fünfzehn Silben" statt „zwölf Silben" „zwei Mark" statt „zwanzig Pfennige" bezahlt werden.

Preußen.

Umrechnung der Ruhegehälter der Regierungs- und Medizinalräte. Runderlaß des Ministers für Volkswohlfahrt vom 7. Juni 1921 — I M I 1503 — an sämtliche Herren Regierungspräsidenten.

Zur Behebung aufgetretener Zweifel weise ich auf Abschnitt II e Ziffer 4 der Ausführungsanweisung vom 21. Januar 1921 BDEG. und BARG. vom 17. Dezember 1920 hin, wonach bei Umrechnung der Ruhegehälter und Hinterbliebenenbezüge ruhegehaltsfähige Zulagen oder ruhegehaltsfähige Nebenbezüge nur noch insoweit zu berücksichtigen sind, als sie unter der Herrschaft des BDEG. zulässig sind.

Den Regierungs- und Medizinalräten, die auf Grund der Besoldungsordnung von 1909 (Gesetzsamml. S. 85 ff., Klasse 43, Ziffer 14e) vor dem 1. April 1920 eine pensionsfähige Zulage von 600 Mk. bezogen haben, kann also, wie auch das Beispiel b der Ziffer 4 des Abschnitt IIe der Ausführungsanweisung vom 21. Januar 1921 ergibt, der Zulagebetrag von 600 Mk. bei Berechnung des ruhegehaltsfähigen Gesamteinkommens nicht hinzugerechnet werden.

Ebensowenig kommt die Bewilligung von Ruhegehaltsbezügen nach den Sätzen der Besoldungsgruppe 12 an diese Beamten oder Ruhegehaltsempfänger bezw. deren Hinterbliebene in Frage, da die Zulage von 600 Mk. nach dem Dienstalter, nicht als „eine gehobene Besoldung" im Sinne der Ziffer 8 des Abschnitts IIf der Ausführungsanweisung am 21. Januar 1921 bezogen wurde.

Richtlinien für die Regelung des allgemeinen Dienstalters der Beamten. Rund-Erlaß des Ministers für Volkswohlfahrt vom 30. Mai 1921 — A I 616 — an die nachgeordneten Behörden.

Das Staatsministerium hat für die Regelung des allgemeinen Dienstalters der Beamten die nachstehenden Richtlinien und Leitsätze aufgestellt, nach denen ich auch innerhalb des Bereichs meiner Verwaltung zu verfahren ersuche.

I. Richtlinien
für die Regelung des allgemeinen Dienstalters der Beamten.

1. Für Beamte derselben Besoldungsgruppe gilt als Anfangstag des allgemeinen Dienstalters der Tag des ersten Einrückens in eine der Stellen der in Betracht kommenden Besoldungsgruppe. Mit Rücksicht auf § 13 Absatz 2 des Beamtendiensteinkommensgesetzes ist eine Anwärterdienstzeit von mehr als 5 bezw. 4 Jahren ebenso wie auf das Besoldungsdienstalter, so auch auf das allgemeine Dienstalter anzurechnen.

2. Ist ein Beamter mit rückwirkender Kraft in eine Stelle eingewiesen, so ist nicht der Tag der Verfügung, sondern der rückwärtige, für die Einweisung in die Stelle bestimmte Tag maßgebend.

3. Verschiedenartige Vorbildung begründet für das allgemeine Dienstalter der Beamten einer Besoldungsgruppe keinen Unterschied.

4. Bei Beamten, die an demselben Tage in eine Besoldungsgruppe eingerückt sind, ist das Anwärterdienstalter maßgebend, bei dessen Festsetzung sowohl selbstverschuldete wie unverschuldete Verzögerung in der Vorbereitung und bei der Prüfung — soweit sie auf das Dienstalter von Einfluß sein können — in Betracht gezogen werden; haben solche Beamten dasselbe Anwärterdienstalter, so entscheidet der frühere Eintritt in den Staatsdienst, gegebenenfalls das höhere Lebensalter.

Hat ein Beamter eine Besoldungsgruppe übersprungen, so ist er so zu behandeln, als wenn er am gleichen Tage zunächst in die übersprungene und dann in die höhere Besoldungsgruppe eingetreten wäre.

5. Sind am 1. April 1920 auf Grund der Besoldungsordnung Beamte in einer Besoldungsgruppe zusammengetroffen, die bis dahin verschiedenen Rangklassen oder Besoldungsgruppen angehört haben, so gehen die Angehörigen der früher höheren denen der früher niederen Rangklasse oder Besoldungsgruppe vor.

Etwa sich hierbei ergebende Härten sind durch Sonderfestsetzung des allgemeinen Dienstalters von Fall zu Fall zu regeln. Die Festsetzung erfolgt durch den Ressortchef.

6. Der Ressortchef kann in Einzelfällen wie in zusammenhängenden Gruppen von Fällen Abweichungen von den vorstehenden Richtlinien treffen. Voraussetzung hierfür ist, daß ein Ressortchef, welcher grundlegend von den Richtlinien abweichen will, so daß sein Vorgehen nicht ohne Rückwirkung auf die anderen Ressorts bleibt, sich zuvor mit dem Staatsministerium ins Benehmen setzt.

II. Leitsätze.

1. Bei außerplanmäßigen Beamten richtet sich die Reihenfolge bei gleichartigem Dienstalter nach dem Anwärterdienstalter und, falls solche Beamte dasselbe Anwärterdienstalter haben, nach dem früheren Eintritt in den Staatsdienst, gegebenenfalls dem höheren Lebensalter.

2. Bei Anstellung von Beamten auf Kündigung oder unter Vorbehalt des jederzeitigen Widerrufs ist die Kündigungsklausel oder der Widerrufsvorbehalt

in der Anstellungsverfügung aufzunehmen, nicht aber in der Bestallung zu erwähnen.

3. Bei jedem Uebertritt von einer Besoldungsgruppe in eine andere, der auf Beförderung beruht, soll dem Beamten eine Bestallung ausgehändigt werden; erfolgt der Uebertritt nicht auf Grund einer Beförderung, sondern automatisch nach Maßgabe des Dienstalters, so genügt statt der Bestallung eine schriftliche Benachrichtigung durch den Dienstvorgesetzten.

Erhöhte Anrechnung der von den Staatsbeamten während des Krieges zurückgelegten Dienstzeit. Runderlaß des Ministers des Innern, des Ministers für Landwirtschaft, Domänen und Forsten und des Finanzministers vom 25. Mai 1921 — an die nachgeordneten Behörden.[1])

Zur Vermeidung von Irrtümern wird darauf hingewiesen, daß der letzte Satz des § 1 des Gesetzes über eine erhöhte Anrechnung der von den Staatsbeamten und Volksschullehrpersonen während des Krieges zurückgelegten Dienstzeit vom 23 November 1920 (Gesetzsamml. 1921 S. 89) die anderthalbfache Anrechnung auf die ruhegehaltsfähige Dienstzeit lediglich bei solchen Personen einstweilen ausschließt, die während der Zeit vom 1 August 1914 bis 31. Dezember 1918 nur im Reichs- bezw. aktiven Militärdienst — also nicht zugleich preußische Staatsbeamte — gewesen sind. Die anderthalbfache Anrechnung von Reichs- und Militärdienst während des Krieges ist daher insbesondere dann vorläufig ausgeschlossen, wenn der Beamte während des Krieges im Reichs- oder Militärdienst gestanden hat und erst danach in den preußischen Staatsdienst eingetreten ist.

Dagegen stehen Urlaub oder Krankheit oder sonstige den Beamten an der tatsächlichen Dienstausübung hindernde Umstände der anderthalbfachen Anrechnung der im preußischen Staatsdienst während des Krieges verbrachten Dienstzeit nicht im Wege. Insbesondere ist daher trotz der Bestimmung des letzten Satzes des § 1 des Gesetzes diejenige Zeit anderthalbfach anrechenbar, in der ein bereits damals in den preußischen Staatsdienst eingetretener Beamter ohne Entlassung aus dem preußischen Staatsdienste während des Krieges in den Reichsdienst beurlaubt oder sonst abgeordnet oder zum Heeresdienste eingezogen war.

Gültigkeit der Nachweise für die Zulassung zur Prüfung für Kreisärzte. Erlaß des Ministers für Volkswohlfahrt vom 31. Mai 1921 — I M I 1733 — an den Herrn Regierungspräsidenten in Erfurt und sämtlichen übrigen Herren Regierungspräsidenten zur Kenntnis mitgeteilt.

Bei Prüfung der Anträge von Aerzten auf Zulassung zur kreisärztlichen Prüfung sind bisher die durch § 4 Ziffer 3 der Prüfungsordnung vom 4. März 1914 (§ 4 Ziffer 3 und 5 der Prüfungsordnung vom 9. Februar 1921) vorgeschriebenen Nachweise, die den Studierenden der Kaiser Wilhelm-Akademie nicht von den Fachlehrern und Leitern der Kurse, sondern von der Direktion oder dem Subdirektor der Akademie erteilt werden, als gültig angesehen worden. Es bestehen keine Bedenken, dementsprechend auch weiterhin zu verfahren.

Für die Prüfung der gesundheitlichen Verhältnisse der Strafanstalten stehen den Medizinalbeamten keine Gebühren zu. Erlaß des Ministers für Volkswohlfahrt vom 7. Juni 1921 — I M I 1818 — an den Herrn Regierungspräsidenten in K. und allen übrigen Herren Regierungspräsidenten in Abschrift mitgeteilt.

Für die von den Medizinalbeamten nach den Runderlassen vom 6. August 1920 — I M II 1617 — 23. Dezember 1920 — I M I 3229 — vorzunehmende Prüfung der gesundheitlichen Verhältnisse der Strafanstalten sind Gebühren nicht zuständig (vergl. auch § 1 des Gesetzes vom 14. Juli 1909 — Gesetzsamml. S. 625 — § 6 des Gesetzes vom 16. September 1899 — Gesetzsamml. S. 172 —).

---

[1]) Durch Runderlaß des Ministers für Volkswohlfahrt vom 6. Juni 1921 finden diese Bestimmungen auch für den Geschäftsbereich des Ministers für Volkswohlfahrt Anwendung.

Wiederaufnahme der während des Krieges in Fortfall gekommenen Dienstgeschäfte im Bereiche der Medizinalverwaltung. Runderlaß des Ministers für Volkswohlfahrt vom 14. Juni 1921 — I M I 3338/20 — an sämtliche Herren Regierungspräsidenten.

Von den im vierten Absatze des Runderlasses vom 3. November 1917 — M 3114 — bezeichneten, während des Krieges fortgefallenen Dienstgeschäften im Bereiche der Medizinalverwaltung sind von jetzt ab wieder auszuführen und die vorgeschriebenen Berichte zu erstatten:

5. Besichtigung der Kranken-, Siechen- und Krüppelhäuser (§ 100 DA.),
8. Revision der in Privatpflege untergebrachten Geisteskranken, Epileptiker und Idioten (§ 105 DA.),
10. Berichte über die Untersuchung der Prostituierten (§ 90 DA.),
11. Berichte über die Bekämpfung der Mückenplage,
13. Wiederholungslehrgänge für Desinfektoren an den Desinfektionsschulen auf Vorschlag des Kreisarztes (§ 67 DA.),
14. Einreichung der Impfpläne seitens der Kommunalbehörden an den Regierungspräsidenten,
16. Zählkarten der Krankenhäuser an das Statistische Landesamt,
17. Berichte über die Prüfung der Geschäftsführung der Kreisärzte,
19. Veränderungsnachweise zum Verzeichnis der Privatheilanstalten an das Statistische Landesamt,
21. Jahresberichte der Nahrungsmitteluntersuchungsämter über ihre Tätigkeit.

Wegen der Berichte über die Bekämpfung der Mückenplage (Nr. 11 des eingangs bezeichneten Erlasses) nehme ich auf den Runderlaß vom 23. Dezember 1920 — I M IV 2597 —, über Bekämpfung der Tuberkulose (Nr. 15 ebendort) auf den Erlaß vom 15. Juni 1920 — M 14605/19 —, wegen der Einreichung von Fragebogen über Fälle von übertragbaren Krankheiten und namentlicher Wochenlisten der an übertragbaren Krankheiten Erkrankten und Verstorbenen bei Epidemien Nr. 12 und 18 ebendort) auf den Runderlaß vom 14. August 1919 — M 13346 — Bezug.

Die Kreisärzte, Landräte und Oberbürgermeister ersuche ich mit Anweisung zu versehen.

Besichtigung von Krankenanstalten; Taubstummen- und Blindenanstalten fallen nicht darunter. Runderlaß des Ministers für Volkswohlfahrt vom 23. Mai 1921 — I M II 2266 20 — an sämtliche Herren Oberpräsidenten und Regierungspräsidenten.

Die mir auf Grund des Runderlasses vom 27. Januar 1920 — I M II 226 — erstatteten Berichte geben mir Veranlassung, darauf hinzuweisen, daß als Krankenanstalten im Sinne des Erlasses nicht auch die Provinzial-Taubstummenanstalten und die Blindenanstalten anzusehen und daher aus diesem Anlaß nicht zu besichtigen sind.

Getrennte Angaben über die Influenza und die sog. Schlafkrankheit (Encephalitis lethargica). Rund-Erlaß des Ministers für Volkswohlfahrt vom 15. April 1921 — I M III 8;0 — an sämtliche Herren Regierungspräsidenten.

Durch Erlaß vom 17. Januar 1921 — I M III 119 — ist angeordnet worden, über die Influenza und die sogenannte Schlafkrankheit (Encephalitis lethargica) in den regelmäßig einzureichenden Wochennachweisungen über die übertragbaren Krankheiten getrennte Angaben zu machen. Ich ersuche ergebenst, hiernach gefl. weiterhin zu verfahren. Der Einreichung von Berichten bedarf es nur beim Vorliegen besonders bemerkenswerter Krankheits- usw. Fälle.

Verantwortlich für die Schriftleitung: Prof. Dr. Rapmund, Geh. Med.-Rat in Lippspringe.
Druck von J. C. C. Bruns, Minden i. W.

Rechtsprechung u. Medizinal-Gesetzgebung

Beilage zur Zeitschrift für Medizinal-Beamte

Nr. 15/16. 5. u. 20. August. 1921.

Rechtsprechung.

Das preußische Altersgrenzengesetz findet gegenüber den im Amte befindlichen Beamten keine Anwendung. Urteil des Landgerichts I (30. Zivilkammer) in Berlin vom 13. Juni 1921.

Der Beklagte wird verurteilt, an den Kläger 315,17 M. — Dreihundertundfünfzehn Mark 17 Pfg. — nebst 4% Zinsen seit dem 1. April 1921 zu zahlen und die Kosten des Rechtsstreits zu tragen.

Der Kläger begehrt Zahlung des Unterschiedes zwischen dem ihm gezahlten Ruhegehalt nebst Versorgungszuschlag und seinem Diensteinkommen für den Monat April 1921; dieser Unterschied beträgt unstreitig 315,17 M. Der Rechtsweg zur Verfolgung dieses Anspruchs ist zulässig. Es handelt sich um einen vermögensrechtlichen Anspruch aus dem Dienstverhältnis der Parteien, wegen dessen der Rechtsweg nicht ausgeschlossen werden darf (§ 9 G.V.G.) Dieser Grundsatz ist im Artikel 129 Abs. 1 Satz 4 der Reichsverfassung vom 11. August 1919 ausdrücklich bestätigt worden Eine Wiederholung dieses Grundsatzes findet sich in Art. 79 Abs. 2 der Verfassung des Freistaates Preußen vom 30. November 1920. Dementsprechend ist es bei der Vorschrift des § 1 des preußischen Gesetzes, betr. die Erweiterung des Rechtsweges, vom 24. Mai 1861 verblieben, nach der für den geltend gemachten Anspruch der Rechtsweg stattfindet. Auch sind die dort in § 2 gemachten weiteren Voraussetzungen gegeben. Dem Kläger ist durch die Verfügung des preußischen Justizministers vom 16. Februar und 3. Mai 1921 eröffnet worden, daß er vom 1. April 1921 ab statt seines Diensteinkommens Ruhegehalt nebst Versorgungszuschlag, nicht aber seinen vollen Gehalt erhalten werde. Diese Verfügungen stellen die Entscheidung des Verwaltungschefs dar, die der Klage gemäß § 2 des Gesetzes vom 24. Mai 1861 vorhergehen müssen. Die Rechtzeitigkeit der Klageerhebung binnen der dort festgesetzten Frist von sechs Monaten steht außer Zweifel.

Der Klage war stattzugeben, weil dem Kläger auch über den 31. März 1921 hinaus das volle Diensteinkommen zusteht. Zu Unrecht beruft sich der Beklagte demgegenüber auf die Bestimmungen des preußischen Gesetzes über die Altersgrenze vom 15. Dezember 1920 (Ges. S. S. 621), da dieses Gesetz auf den Kläger keine Anwendung findet. Allerdings kann dem Kläger nicht darin beigetreten werden, daß dieses Gesetz ungültig wäre. Die Frage, ob Richter bei Erreichung eines bestimmten Lebensalters lediglich auf Grund dieser Tatsache gegen ihren Willen unter entsprechender Kürzung ihres ihnen vordem zustehenden Gehaltes durch ein Landesgesetz in den Ruhestand versetzt werden können, war für die Zeit vor der Umwälzung im Deutschen Reiche und in den deutschen Ländern nach den Vorschriften der §§ 6, 8 G.V.G. zu beantworten. Danach wurden die Richter auf Lebenszeit ernannt und konnten wider ihren Willen nur kraft richterlicher Entscheidung und unter den Formen, die die Gesetze bestimmen, dauernd oder zeitweise ihres Amtes enthoben oder an eine andere Stelle oder in den Ruhestand versetzt werden. Selbst bei Entfernung aus dem Amte infolge Veränderung in der Organisation der Gerichte mußte ihnen das volle Gehalt belassen werden. Daraus ist gefolgert worden, daß die Zwangspensionierung eines Richters wegen Erreichung eines bestimmten Lebensalters reichsrechtlich verboten sei. Die Richtigkeit dieser Folgerung war allerdings streitig .... Das Gericht hat sich nun der Ansicht angeschlossen, daß der Erlaß eines Altergrenzengesetzes auch schon früher zulässig war. Bei der Abfassung der neuen Reichsverfassung vom

11. August 1919 hat man es für angebracht gehalten, die Frage ausdrücklich dahin zu erledigen, daß die Gesetzgebung Altersgrenzen festsetzen kann, bei deren Erreichung Richter in den Ruhestand treten (Art. 104 Abs. 1 Satz 3). Diese im Entwurf einer Verfassung des Deutschen Reiches noch nicht enthalten gewesene Bestimmung ist auf eine Anregung aus der Mitte des preußischen Justizministeriums eingefügt worden, gerade um den Bedenken gegen die Zulässigkeit der Einführung einer Altersgrenze für Richter im Wege der Landesgesetzgebung ein Ende zu bereiten. Es muß daher jetzt als zweifellos gelten, daß die preußische Landesgesetzgebung für preußische Richter eine Altersgrenze festsetzen kann. Den aus dem Gebrauch des Wortes „Gesetzgebung" gegen diese Auffassung hergeleiteten Bedenken, als ob darunter nur die Reichsgesetzgebung zu verstehen wäre, vermag sich das Gericht nicht anzuschließen. Einmal spricht die mitgeteilte Entstehungsgeschichte des Art. 104 der Reichsverfassung dagegen. Hinzu kommt, daß nach dem in der Reichsverfassung beobachteten Sprachgebrauch das Wort „Gesetzgebung" sich sowohl auf die Gesetzgebung des Reiches, als auf die der Länder beziehen kann. Bei Beratung der fraglichen Bestimmung der Reichsverfassung ist überdies besonders zum Ausdruck gebracht worden, daß man damit zugunsten der Landesgesetzgebung eine zweifelhaft gewesene Zuständigkeit außer Streit gesetzt habe.

Auch war die Verfassunggebende Landesversammlung zur Beschlußfassung über das Altersgrenzengesetz befugt. Abgesehen davon, daß die Regelung der richterlichen Stellung mit Verfassungsfragen eng zusammenhängt, war die Landesversammlung Trägerin der höchsten, ihr vom Volke anvertrauten Gewalt und konnte innerhalb der Grenzen des Reichsrechts von dieser Gebrauch machen. Auch daraus, daß das Gesetz in der gewöhnlichen Form nicht in der eines verfassungsändernden, ergangen ist, lassen sich Bedenken nicht herleiten. Begründet ist ein solches Gesetz bereits in Art. 70, 80 der neuen preußischen Verfassung vom 30. November 1920, wo ein besonderes Beamtengesetz angekündigt wird, für das das vorliegende als Vorläufer zu betrachten ist. Durch die Ankündigung in der Verfassung wird das spätere Altersgrenzengesetz gewissermaßen zu einem Nebengesetz der Verfassung.

Dieses Gesetz kommt aber für den Kläger nicht zur Anwendung. Der Kläger ist unter der Herrschaft der preußischen Verfassungsurkunde vom 31. Januar 1850 angestellt worden. Diese garantierte ihm in Art. 87 die Unabsetzbarkeit ohne jede Einschränkung. An diesem Grundsatz ist durch das G.V.G. nichts geändert worden. Insbesondere hat die damalige Reichsgesetzgebung, wie bereits ausgeführt, es geflissentlich vermieden, in die Justizhoheit der einzelnen Bundesstaaten einzugreifen. Der damalige Reichsgesetzgeber hat sie in ihrem vollen damaligen Bestande aufrechterhalten. Zwar stimmen die Vorschriften des Art. 87 der preußischen Verfassungsurkunde mit den entsprechenden der §§ 6, 8 G.V.G. im wesentlichen überein. Die mitgeteilten Gedanken jedoch, die zu der einschränkenden Auslegung der Bestimmungen des G.V.G. geführt haben, müssen bei der Auslegung des Art. 87 der alten preußischen Verfassung ausscheiden. Die preußische Verfassung brauchte nicht wie das G.V.G. auf einen aufrechtzuerhaltenden Rechtzustand Rücksicht zu nehmen. Daher ist der unter der Herrschaft der alten preußischen Verfassung lebenslänglich angestellte Richter nur in den von dieser Verfassung selbst angegebenen Fällen absetzbar. Dieser Verfassungsgrundsatz sollte nicht nur dem Volke ein unabhängiges und vertrauenswürdiges Richtertum gewährleisten, sondern auch um dieses zu erreichen, den Richtern selbst Rechte geben, die sie vor Eingriffen in ihr Amt bewahren sollten; hierzu gehört auch wie bei allen Beamten das Recht auf Gehalt. Dieses Recht erwarb der Richter mit seiner Anstellung. Wenn überhaupt, so muß auch hier von einem wohlerworbenen Rechte derjenigen Richter gesprochen werden, die, wie der Kläger, noch unter der Herrschaft dieser Verfassung angestellt worden sind. Wenn auch kraft Reichsrechtes, wie ausgeführt, das Landesrecht schon vor dem Inkrafttreten der neuen Reichsverfassung eine Altersgrenze einführen konnte, so hat doch Preußen von dieser Möglichkeit keinen Gebrauch gemacht; es hätte dies übrigens ein die damalige preußische Verfassung änderndes Gesetz erfordert. Dieses wohlerworbene Recht ist dem Kläger durch Art. 129 Abs. 4 der Reichsverfassung vom 11. August

1919 ausdrücklich gewährleistet worden. Der hier gebrauchte Ausdruck „wohlerworbenes Recht" umfaßt jedes subjektive Recht des Klägers, das ihm bei Inkrafttreten der neuen Reichsverfassung bereits zustand. Daß eine solche Bestimmung getroffen wurde, zeigt, daß die Befugnis zur Festsetzung von Altersgrenzen in Art. 104 derselben Verfassung nur für solche Richter Geltung haben kann, die ein Recht auf lebenslängliche Anstellung bei Inkrafttreten der Verfassung noch nicht erworben hatten. .... Danach kann das preußische Gesetz vom 15. Dezember 1920 auf den Kläger keine Anwendung finden. Er ist daher noch angestellter Richter und hat Anspruch auf sein unverkürztes Diensteinkommen; wie es um die Frage der weiteren Ausübung seines Richteramtes steht, insbesondere auch unter Berücksichtigung der Tatsache, daß seine etatsmäßige Stelle bereits anderweitig besetzt worden ist, steht hier nicht zur Entscheidung, kann auch nicht durch Richterspruch, sondern nur durch die Landesjustizverwaltung gelöst werden. Jedenfalls ist deren Stellungnahme hierzu ohne Einfluß auf die getroffene Entscheidung.

.... Aus diesen Gründen war gemäß dem Antrage der Klage zu erkennen unter Berücksichtigung der §§ 284 Abs. 2, 288 Abs. 1 B.G.B. wegen der Zinsen und des § 91 Z.P.O. wegen der Kosten des Rechtsstreits.

(Mitteilungen des Preußischen Richtervereins vom 15. Juli 1921.)

Bei Schadenersatzklage muß der Ersatzpflichtige ärztliche Fehler in der Behandlung des Geschädigten gegen sich gelten lassen. Urteil des Reichsgerichts (VI. Z. S) vom 7. Februar 1921.

Die minderjährige R. war auf der Treppe eines der Stadt gehörigen Hauses durch einen heftigen Donnerschlag erschreckt, schwindlig geworden und in einen neben der Treppe befindlichen ungeschützten Fensterschacht gestürzt. Sie hatte einen rechtsseitigen Armbruch erlitten. Der gebrochene Arm ist geheilt, aber schwächer als der linke geblieben; die Hand steht rechtwinklig zum Unterarm und ist im Gebrauch beeinträchtigt. Sowohl vom Landgericht und vom Oberlandesgericht war der von der Verletzten gegen die Stadtgemeinde erhobene Schadenersatzanspruch dem Grunde nach für gerechtfertigt erklärt. Das Reichsgericht wies die Revision der beklagten Stadtgemeinde zurück. Das Berufungsgericht hat festgestellt, daß der gebrochene Arm von dem Arzt zwar sehr gut eingerichtet worden sei, der Gipsverband habe aber zu sehr gedrückt, zu lange gelegen und dadurch ein Absterben der Muskulatur und eine Vereiterung an den Sehnen herbeigeführt. Es tritt dem Sachverständigen bei, nach dessen Ansicht der Arzt von sich aus um die Klägerin sich mehr hätte bekümmern sollen und, wenn sie über Schmerzen klagte, den Verband hätte abnehmen müssen. Das Berufungsgericht weist aber darauf hin, daß die Aerzte, die während des Krieges zur Behandlung der bürgerlichen Bevölkerung in der Heimat zurückblieben, offenkundig beruflich überlastet gewesen seien, und hält dafür, daß deshalb in dem Verhalten des Arztes jedenfalls ein so außerordentlich grobes Verschulden, wie es zur Aufhebung des ursächlichen Zusammenhanges vorauszusetzen wäre, nicht gefunden werden könne. In rechtlicher Hinsicht geht das Berufungsgericht hierbei davon aus, daß grundsätzlich die Gefahr eines ärztlichen Fehlers die Beklagte auf sich nehmen müsse, weil sie mit der durch die schädigenden Handlung notwendig gewordenen ärztlichen Behandlung verbunden sei. Nur dann wäre der ursächliche Zusammenhang im Rechtssinne als aufgehoben anzusehen, wenn der Arzt alle ärztliche Regel und Erfahrung derart gröblichst außer acht gelassen und jede berechtigte Erwartung auf ein vernünftiges und gewissenhaftes ärztliches Verfahren derart getäuscht hätte, daß der Mißerfolg der Heilung — im Rechtssinne allein — auf diese ungewöhnlichen Umstände zurückgeführt werden müßte. Diese Erwägungen stehen im Einklang mit den in der Rechtsprechung, insbesondere des Reichsgerichts wiederholt aufgestellten Grundsätzen. Sächs. Korrespondenz (Nachdruck verboten).

Präparate zur Verhütung der Empfängnis, z. B. Antisperma, sind als Mittel zu unzüchtigem Gebrauch zu betrachten; ihre öffentliche Ankündigung ist daher verboten. Urteil des Preußischen Kammergerichts (Str. S.) vom 29. April 1921.

Medizinal-Gesetzgebung.

A. Deutsches Reich.

Aenderung des Versicherungsgesetzes für Angestellte. Gesetz vom 23. Juli 1921.[1])

Artikel I. § 1. Empfänger von Ruhegeld oder Hinterbliebenenrente nach dem Versicherungsgesetze für Angestellte erhalten vom 1. Januar 1921 ab bis auf weiteres eine monatlich im voraus zahlbare Beihilfe.

Die Beihilfe wird solchen Personen nicht gewährt, denen auf Grund des Gesetzes über eine außerordentliche Beihilfe für Empfänger von Renten aus der Invalidenversicherung vom 26. Dezember 1920 in der Bekanntmachung vom 11. April 1921 (R.G.Bl. S. 473) eine Beihilfe zusteht.

§ 2. Die Beihilfe beträgt für Empfänger von Ruhegeld monatlich siebzig Mark, für Empfänger einer Witwen- oder Witwerrente monatlich fünfundfünfzig Mark und für Empfänger einer Waisenrente monatlich dreißig Mark.

§ 3. Die Beihilfe wird stets, auch in den Fällen des § 390 des Versicherungsgesetzes für Angestellte, im vollen Betrag und nur für volle Kalendermonate gezahlt. Die Beihilfe fällt weg, wenn die Rente zum vollen Betrage ruht.

§ 4. Die Beihilfen werden aus den Mitteln der Reichsversicherungsanstalt für Angestellte gezahlt.

Artikel II. Das Versicherungsgesetz für Angestellte vom 20. Dezember 1911 wird wie folgt geändert:

1. Im § 1 Abs. 3 wird das Wort „15000" durch „30000" ersetzt.
2. Im § 16 wird am Schlusse zugesetzt:

Klasse K von mehr als	5 000	bis 10 000 M.
„ L „ „ „	10 000	„ 15 000 „
„ M „ „ „	15 000 M.	

3. § 131 Abs. 3 wird gestrichen.
4. Im § 161 Abs. 1 Satz 1 werden die Worte „jedoch sind nur Männer wählbar" gestrichen.
5. Der § 172 erhält am Schlusse des Abs. 1 folgenden Zusatz:

In Gehaltsklasse K	33,20 M.
„ „ L	40,00 „
„ „ M	48,00 „

Artikel III. Für Angestellte, die mit einem Jahresarbeitsverdienste von mehr als 15000 M. auf Grund des Artikels II Nr. 1 versicherungspflichtig werden, ohne bereits eine laufende Anwartschaft aus früherer Pflichtversicherung zu haben (Neuversicherte), finden die §§ 366, 395 bis 398 des Versicherungsgesetzes für Angestellte mit der Maßgabe Anwendung, daß die Fristen vom Inkrafttreten dieses Artikels ab laufen.

Artikel IV. Der Artikel I tritt mit Wirkung vom 1. Januar 1921 ab, der übrige Teil dieses Gesetzes vom 1. August 1921 ab in Kraft.

Anderweite Festsetzung der Leistungen und der Beiträge in der Invalidenversicherung. Gesetz vom 23. Juli 1921.[1])

Artikel I.

§ 1245 erhält folgende Fassung: Nach der Höhe des Jahresarbeitsverdienstes werden für die Versicherten folgende Lohnklassen gebildet:

Klasse A bis zu 1000 M.	Klasse E von mehr als 7000 bis zu 9000 M.
„ B von mehr als 1000 bis zu 3000 M.	„ F „ „ „ 9000 „ „ 12000 „
„ C „ „ „ 3000 „ „ 5000 „	„ G „ „ „ 12000 „ „ 15000 „
„ D „ „ „ 5000 „ „ 7000 „	„ H „ „ „ 15000 M.

Das Nähere bestimmt der Reichsarbeitsminister.

§§ 1246, 1247, 1249 und 1264 fallen weg.

§§ 1250, 1252, 1268, 1280, 1285, 1287—1289, 1291 und 1293 erhalten folgende Fassung:

---

[1]) Es sind hiervon diejenigen Aenderungen mitgeteilt, die für die Leser der Zeitschrift Interesse haben.

§ 1250. Gegenstand der Versicherung sind Invaliden- oder Altersrenten wie Renten für Hinterbliebene.

§ 1252. Hinterbliebenenfürsorge wird gewährt, wenn der Verstorbene zur Zeit seines Todes die Wartezeit für die Invalidenrente erfüllt hat und die Anwartschaft darauf nicht erloschen ist.

§ 1268. Im Abs. 1 ist hinter „Reichszuschuß" einzufügen „und ohne die Rentenerhöhungen (§ 1287 Abs. 2)".

§ 1280. Als Abs. 2 wird angefügt: Die Anwartschaft gilt nicht als erloschen, wenn die zwischen dem erstmaligen Eintritt in die Versicherung und dem Versicherungsfalle liegende Zeit zu mindestens drei Vierteln durch ordnungsmäßig verwendete Beitragsmarken belegt ist.

§ 1285. Der Reichszuschuß beträgt jährlich fünfzig Mark für jede Invaliden-, Alters-, Witwen- und Witwerrente und fünfundzwanzig Mark für jede Waisenrente.

§ 1287. Die Versicherungsanstalt leistet bei den Invalidenrenten den Grundbetrag und die Steigerungssätze, bei den Renten der Hinterbliebenen einen Teil des Grundbetrags und der Steigerungssätze, bei den Altersrenten einen festen Jahresbetrag, bei allen Renten die Rentenerhöhungen.

Bis auf weiteres werden die Leistungen bei den Invaliden-, Alters-, Witwen- und Witwerrenten um jährlich 600 Mark, bei den Waisenrenten um jährlich 300 Mark erhöht.

§ 1288. Der Grundbetrag der Invalidenrente beträgt für alle Lohnklassen dreihundertundsechzig Mark.

§ 1289. Der Steigerungssatz der Invalidenrente beträgt für jede Beitragswoche:

A	10 Pf.	D	70 Pf.	G	150 Pf.
B	30 „	E	90 „	H	180 „
C	50 „	F	120 „		

§ 1291. Hat der Empfänger der Invalidenrente Kinder unter 15 Jahren, so erhöht sich die Invalidenrente, und zwar: um jährlich sechsundneunzig Mark, wenn ein solches Kind vorhanden ist, um jährlich einhundertachtundsechzig Mark, wenn zwei solcher Kinder vorhanden sind und um jährlich achtundvierzig Mark für jedes weitere solches Kind. Elternlose Enkel unter 15 Jahren, deren Unterhalt der Empfänger der Invalidenrente ganz oder überwiegend bestreitet, werden den Kindern unter fünfzehn Jahren gleichgestellt.

§ 1292. Der Anteil der Versicherungsanstalt beträgt

bei Witwen- und Witwerrenten vier Zehntel,
bei Waisenrenten für jede Waise zwei Zehntel

des Grundbetrags und der Steigerungssätze der Invalidenrente, die der Ernährer zur Zeit seines Todes bezog oder bei Invalidität bezogen hätte.

§ 1293. Der Anteil der Versicherungsanstalt an der Altersrente beträgt in der Lohnklasse

A	300 M.	D	900 M.	G	1700 M.
B	500 „	E	1100 „	H	2000 „
C	700 „	F	1400 „		

Für Beiträge verschiedener Lohnklassen wird der entsprechende Durchschnitt gewährt. Sind über eintausendzweihundert Beitragswochen nachgewiesen, so scheiden die überzähligen Beiträge der niedrigsten Lohnklassen aus.

§ 1392 erhält folgende Fassung:

Bis zum 31. Dezember 1926 werden als Wochenbeitrag erhoben in Lohnklasse

A	350 Pf.	D	650 Pf.	G	1050 Pf.
B	450 „	E	750 „	H	1200 „
C	550 „	F	900 „		

Die Rechnungsstelle des Reichsversicherungsamts prüft rechtzeitig vor dem 31. Dezember 1926, ob die Beiträge ausreichen. Das Ergebnis der Prüfung ist dem Reichstag mitzuteilen. Nach dem Ausfall des Prüfungsergebnisses kann der Reichsrat die festgesetzten Beiträge für weitere 5 Jahre aufrechterhalten.

§ 1393 Abs. 1 erhält folgende Fassung: Als Beitragswochen der Lohnklasse B werden, ohne daß Beiträge entrichtet zu werden brauchen, die vollen

Wochen angerechnet, in denen der Versicherte wegen einer Krankheit zeitweise arbeitsunfähig und nachweislich verhindert gewesen ist, seine Berufstätigkeit fortzusetzen.

Als Abs. 2 wird eingefügt: Der Reichsarbeitsminister kann bestimmen, in welchen weiteren Fällen eine Anrechnung von Beitragswochen der Lohnklasse B stattfindet, ohne daß Beiträge entrichtet zu werden brauchen.

Der bisherige Abs. 2 wird Abs. 3.

Artikel II. Uebergangsvorschriften.

A. Den Personen, die auf Grund der Vorschriften der Reichsversicherungsordnung eine Invaliden- oder eine Altersrente oder eine Rente für Hinterbliebene beziehen, welche vor dem Inkrafttreten dieses Gesetzes festgesetzt ist, wird ihre Rente bis zum 31. Dezember 1926 erhöht.

Die Erhöhung beträgt für Empfänger einer Invaliden- oder Altersrente monatlich siebzig Mark,

für Empfänger einer Witwen oder Witwerrente monatlich fünfundfünfzig Mark,

für Empfänger einer Waisenrente monatlich dreißig Mark.

Die Erhöhung wird Personen, die auf Grund des Reichsversorgungsgesetzes vom 12. Mai 1920 (R. G. Bl. S. 989) oder anderer Militärversorgungsgesetze eine Versorgung erhalten, nur insoweit gewährt, als sie die gewährte Versorgung übersteigt.

B. Für die nach früheren Gesetzen verwendeten Beitragsmarken gelten folgende Steigerungssätze in Lohnklasse

I	3 Pf.	IV	10 Pf.
II	6 „	V	12 „
III	8 „		

Als Altersrente gelten für die Lohnklasse

I	60 M.	IV	150 M.
II	90 „	V	180 „
III	120 „		

Wochenhilfe und Wochenfürsorge. Gesetz vom 29. Juli 1921.

Artikel I. Die §§ 195a, 195b, 197, 205a der Reichsversicherungsordnung in der Fassung des Gesetzes vom 26. September 1919/30. April 1920 (Reichs-Gesetzbl. 1920 S. 1069) werden wie folgt geändert:

1. Der § 195a erhält nachstehende Fassung: „Weibliche Versicherte, die im letzten Jahre vor der Niederkunft mindestens sechs Monate hindurch auf Grund der Reichsversicherung oder bei einer knappschaftlichen Krankenkasse gegen Krankheit versichert gewesen sind, erhalten als Wochenhilfe

1. ärztliche Behandlung, falls solche bei der Entbindung oder bei Schwangerschaftsbeschwerden erforderlich wird, nach Maßgabe der Bestimmungen des Artikels V;
2. einen einmaligen Beitrag zu den Kosten der Entbindung in Höhe von einhundert Mark;
3. ein Wochengeld in Höhe des Krankengeldes, jedoch mindestens vierundeinehalbe Mark täglich, für zehn Wochen, von denen mindestens sechs in die Zeit nach der Niederkunft fallen müssen. Das Wochengeld für die ersten vier Wochen ist spätestens mit dem Tage der Entbindung fällig;
4. solange sie ihre Neugeborenen stillen, ein Stillgeld in Höhe des halben Krankengeldes, jedoch mindestens einundeinehalbe Mark täglich, bis zum Ablauf der zwölften Woche nach der Niederkunft.

Neben dem Wochengelde für die Zeit nach der Entbindung wird Krankengeld nicht gewährt; die Wochen nach der Niederkunft müssen zusammenhängen.

Wechselt die Wöchnerin während der Leistung der Wochenhilfe die Kassenzugehörigkeit, so bleibt die erstverpflichtete Kasse für die weitere Durchführung der Leistung zuständig. § 212 gilt hierbei nicht.

Stirbt eine Wöchnerin bei der Entbindung oder während der Zeit der Unterstützungsberechtigung, so werden die noch verbleibenden Beträge an

Wochen- und Stillgeld bis zum satzungsmäßigen Ende der Bezugszeit an denjenigen gezahlt, der für den Unterhalt des Kindes sorgt."

2. Im § 195b fällt Abs. 3 weg.

3. Im § 197 wird das Wort „fünfzig" durch das Wort „einhundert" ersetzt.

4. Im § 205a erhält Abs. 2 Satz 1 folgende Fassung: „Als Wochenhilfe werden die im § 195a bezeichneten Leistungen gewährt; dabei beträgt das Wochengeld drei Mark und das Stillgeld einundeinhalbe Mark täglich."

5. Im § 205a wird zwischen Abs. 2 und 3 folgender Absatz eingeschaltet: „Die Familienwochenhilfe ist auch zu gewähren, wenn die Niederkunft innerhalb neun Monaten nach dem Tode des Versicherten erfolgt."

6. Im § 205a erhalten die Sätze 1 und 2 des Abs. 6 folgende Fassung: „Sind mehrere Krankenkassen oder knappschaftliche Krankenkassen oder ist eine dieser Kassen mehrfach beteiligt, so ist die Wochenhilfe nur einmal zu gewähren. Unter mehreren Kassen steht der Wöchnerin die Wahl frei."

Artikel III. Das Gesetz über Wochenhilfe und Wochenfürsorge in der Fassung der Bekanntmachung vom 22. Mai 1920 (R.-G.-Bl. S. 1069) wird ferner wie folgt geändert:

1. Der § 12 fällt weg.

2. § 17 Abs. 1 und Abs. 2 Satz 1 erhalten folgende Fassung: „Eine minderbemittelte Deutsche, die ihren gewöhnlichen Aufenthalt im Inland hat und für die nach den vorstehenden Vorschriften kein Anspruch auf Wochenhilfe besteht, erhält aus Mitteln des Reiches eine Wochenfürsorge.

Sofern nicht Tatsachen die Annahme rechtfertigen, daß eine Beihilfe nicht benötigt wird, gilt eine Wöchnerin als minderbemittelt, wenn ihr und ihres Ehemanns Gesamteinkommen oder, sofern sie allein steht, ihr eigenes Einkommen in dem Jahre oder Steuerjahre vor der Entbindung den Betrag von zehntausend Mark nicht überstiegen hat."

3. § 18 erhält folgende Fassung: „Der Antrag auf Wochenfürsorge ist bei dem Versicherungsamte zu stellen. Dieses nimmt die nach § 17 erforderlichen Feststellungen vor. Die Auszahlung geschieht auf Anweisung des Versicherungsamts durch die allgemeine Ortskrankenkasse, in deren Bezirk der gewöhnliche Aufenthaltsort der Wöchnerin liegt und, wo eine solche Kasse nicht besteht, durch die Landkrankenkasse."

4. § 19 Satz 2 erhält folgendende Fassung: „Dabei beträgt das Wochengeld drei Mark und das Stillgeld einundeinehalbe Mark täglich."

5. § 23 Abs. 1 erhält folgende Fassung: „Gegen die Entscheidung des Versicherungsamts im Falle des § 18 ist binnen einem Monat die Beschwerde an das Oberversicherungsamt (Beschlußkammer) zulässig; es entscheidet endgültig."

Artikel IV interessiert hier nicht.

Artikel V: Sobald die zur Durchführung der Vorschrift des § 195a Abs. 1 Nr. 1 der Reichsversicherungsordnung in der Fassung des Artikels 1 erforderliche Verständigung zwischen Aerzten und Krankenkassen erreicht ist, bestimmt der Reichsarbeitsminister den Zeitpunkt, mit welchem die genannte Vorschrift in Kraft tritt. Bis dahin erhalten die zum Bezuge der Wochenhilfe oder Wochenfürsorge berechtigten Personen außerdem eine Beihilfe bis zum Betrage von fünfzig Mark für Hebammendienste und ärztliche Behandlung, falls solche bei Schwangerschaftsbeschwerden erforderlich werden.

Im übrigen tritt das Gesetz mit dem Tage der Verkündung in Kraft.

B. Preußen.

Erweiterung der Grundsätze für die Verwendung der zu Beihilfen zur Bekämpfung der Tuberkulose bereitgestellten Staatsmittel. Rund-Erlaß des Ministers für Volkswohlfahrt am 4. Juni 1921 — I M III 811 — an die Herren Oberpräsidenten und Regierungspräsidenten.

Nachdem die in den Staatshaushaltsplan eingestellten Mittel zu Beihilfen zur Bekämpfung der Tuberkulose verstärkt worden sind, erweitere ich die mit dem Runderlaß vom 8. Juli 1918 — M 11878. 18 — abgedruckt im Ministerialblatt für Medizinalangelegenheiten, Jahrgang 1919, Seite 285) bekannt-

gegebenen Grundsätze für die Verwendung dieser Staatsmittel im Einvernehmen mit dem Herrn Finanzminister dahingehend, daß neben den bisher ausschließlich zulässigen Beihilfen zur Aufklärung der Bevölkerung und zur Propaganda auf dem Gebiete der Tuberkulosebekämpfung sowie zur Unterhaltung von Fürsorgestellen (Annahme von Fürsorgeschwestern) fernerhin staatliche Beihilfen auch gewährt werden können:

I. an leistungsschwache Gemeinden und Kreise sowie private Wohlfahrtsorganisationen
   1. zur Unterhaltung von Einrichtungen und Anstalten, die der Heilung tuberkulosekranker oder der Bewahrung tuberkulosebedrohter Personen dienen, sofern es sich nur um die Beseitigung vorübergehender finanzieller Schwierigkeiten bei der betreffenden Einrichtung oder Anstalt handelt,
   2. zur ersten Anlage der unter Ziffer 1 bezeichneten Einrichtungen und Anstalten unter der Voraussetzung, daß im übrigen die Aufbringung der zur Durchführung des betreffenden Unternehmens erforderlichen Mittel gesichert ist;

II. ausnahmsweise auch für solche theoretischen wissenschaftlichen Arbeiten, die auf die Verhütung und Heilung der Tuberkulose unmittelbar abzielen.

Voraussetzung auch für die Bewilligung der neuen Beihilfen unter Ziffer I ist in der Regel, daß sich auch die Krankenkassen, Versicherungsanstalten usw. in angemessener Weise an der Kostendeckung beteiligen. Ebenso wird bei den von privater Seite unternommenen Veranstaltungen für die Gewährung einer Staatsbeihilfe in der Regel Voraussetzung sein, daß auch Gemeinde und Kreis an der Aufbringung der Kosten gebührend teilnehmen.

Ich ersuche ergebenst, Anträge auf Beihilfen nach den angegebenen Grundsätzen strengstens zu prüfen und sie mir nur, falls ihre Berücksichtigung angängig und dringend erwünscht ist, mit eingehendem Bericht vorzulegen.

Kontrolle der Versandgefäße für infektiöses Material. Erlaß des Ministers für Volkswohlfahrt vom 8. Juli 1921 — I M III 698. II. Ang. — an die Herren Regierungspräsidenten in Gumbinnen, Stettin, Breslau, Magdeburg, Hannover, Stade, Münster, Coblenz, Trier (unmittelbar) und die Direktoren der Hygienischen Universitätsinstitute.

Im Hinblick auf die erhebliche Steigerung der Kosten der Anschaffung und Ergänzung der Gefäße zur Versendung bakteriologischen Untersuchungsmaterials ist es unerläßlich, einen besseren Ueberblick über den Verbleib dieser Versandgefäße als bisher regelmäßig zu gewinnen. Die Medizinaluntersuchungsabteilung bei dem Universitätsinstitut für medizinische Chemie und Hygiene in Göttingen hat daher seit etwa Jahresfrist die Einrichtung getroffen, daß alle zur Versendung kommenden Packungen fortlaufend numeriert und daß auch die Empfänger vermerkt werden. Die mit Untersuchungsmaterial zurückkommenden Versandgefäße werden alsdann ebenfalls genau gebucht. Auf diese Weise ist es möglich, jederzeit festzustellen, wieviel Versandgefäße jeder Art die einzelnen Abgabestellen noch im Besitz haben müssen. Etwa zu weit gehenden Wünschen auf Ueberweisung neuer Gefäße kann hiernach erfolgreich entgegengetreten werden. Dies gilt ganz besonders bei größeren Krankenanstalten, bei denen bisher erhebliche Verschleuderungen von Versandgefäßen stattfanden. Durch die eingeführte Kontrolle ist im Bereiche der Göttinger Anstalt bereits eine wesentliche Besserung in dem Gefäßverbrauch eingetreten. Ich empfehle das Verfahren zur Nachahmung. Vielleicht ist es auch zweckmäßig, in besonders gearteten Fällen von wiederholt nachgewiesener Gefäßverschleppung geeignete Garantien, nötigenfalls in Form einer zu hinterlegenden Kaution zu fordern. Das Weitere stelle ich hiernach nach Benehmen mit dem Medizinaluntersuchungsamt ergebenst anheim.

Ueber das Veranlaßte und die erzielten Erfolge sehe ich zum 1. Juli 1922 besonderem Berichte entgegen.

Verantwortlich für die Schriftleitung: Prof. Dr. Rapmund, Geh. Med.-Rat in Lippspringe.
Druck von J. C. C. Bruns, Minden i. W.

Rechtsprechung u. Medizinal-Gesetzgebung

Beilage zur Zeitschrift für Medizinal-Beamte

Nr. 17/18. 5. u. 20. September. 1921.

Medizinal-Gesetzgebung.

A. Deutsches Reich.

Erhöhte Anrechnung der während des Krieges zurückgelegten Dienstzeit. Gesetz vom 4. Juli 1921.

§ 1. Bei der Berechnung von Ruhegehältern und Renten nach dem Reichsbeamtengesetz in der Fassung der Bekanntmachung vom 18. Mai 1907 (R.G.Bl. S. 245), dem Offizierpensionsgesetz vom 31. Mai 1906 (R.G.Bl. S. 565), dem Mannschaftsversorgungsgesetz vom 31. Mai 1906 (R.G.Bl. S. 593) und dem § 7 des Pensionsergänzungsgesetzes vom 21. Dezember 1920 (R.G.Bl. S. 2109) wird zu der in dem Zeitabschnitt vom 1. August 1914 bis 31. Dezember 1918 im Reichs- oder Militärdienst wirklich verbrachten Zeit, sofern sie mindestens sechs Monate betragen hat, die Hälfte hinzugerechnet.

Dies gilt nicht für

1. die Zeit, die nach § 46 Abs. 1 Nr. 1, 2, 4 §§ 50, 52 des Reichsbeamtengesetzes, den §§ 15 und 18 des Offizierpensionsgesetzes sowie dem § 5 Abs. 2 und dem § 8 des Mannschaftsversorgungsgesetzes als Dienstzeit angerechnet wird;
2. die Dienstzeit, die in ein Kalenderjahr fällt, in welchem der Versorgungsberechtigte als Kriegsteilnehmer den Anspruch auf Anrechnung eines Kriegsjahrs erworben hat;
3. die Dienstzeit, die doppelt angerechnet wird.

Halbe Tage, die sich bei der Berechnung der Gesamtdienstzeit ergeben, werden nicht mitgezählt.

§ 2. Dieses Gesetz tritt mit Wirkung vom 1. August 1914 in Kraft. Nachzahlungen für die Zeit vor dem 1. April 1920 finden nicht statt.

Berechnung der ruhegehaltsfähigen Dienstzeit bei den Sanitätsoffizieren. Wehrmachtsversorgungsgesetz vom 4. August 1921.

§ 56. Als ruhegehaltsfähig gilt die Dienstzeit vom Tage des Diensteintritts bis zum Ablauf des Entlassungstages.

Zur Anrechnung kommt

1. die im Dienste des Reichs oder eines der Länder des Reichs zugebrachte Dienstzeit,
2. die Zeit einer praktischen Beschäftigung außerhalb des Dienstes des Reichs oder eines seiner Länder, insofern und insoweit sie in den Prüfungsvorschriften im Hinblick auf die technische Ausbildung ausdrücklich angeordnet ist und in die Zeit nach Beginn des achtzehnten Lebensjahres fällt,
3. für die Sanitätsoffiziere und für die Veterinäroffiziere nach zehnjähriger Dienstzeit drei Jahre Studienzeit, für die Sanitätsoffiziere außerdem das gesetzlich vorgeschriebene praktische Jahr.

Die im Dienste eines dem Reiche nicht angehörigen Staates, die im Inland oder Ausland im Kommunal-, Kirchen- oder Schuldienst zugebrachte Zeit kann mit Genehmigung des Reichswehrministers angerechnet werden.[1])

---

[1]) Die übrigen Bestimmungen des Gesetzes haben für die Medizinalbeamten keine Bedeutung; hoffentlich gelingt es aber den Bemühungen des Medizinalbeamtenvereins, auch für sie eine gleiche Bestimmung zu erreichen.

B. Preußen.

Ablieferung von Gebühren der Kreisärzte und Kreisassistenzärzte für die Tätigkeit bei Leichenöffnungen. Rund-Erlaß des Ministers für Volkswohlfahrt vom 2. August 1921 — I M I 1884 — an die Regierungspräsidenten.

Da der ständige Hilfsarbeiter Kreisarzt Dr. Z. keinen Kreis- oder Gerichtsarztbezirk verwaltet, so erfolgt seine Zuziehung zu Leichenöffnungen nicht in der Eigenschaft als örtlich zuständiger Gerichtsarzt.

Die von dem Genannten aus dieser Tätigkeit erzielten Gebühren sind daher nicht als „amtsärztliche" anzusehen und der Ablieferungspflicht nicht unterworfen.

In Ergänzung des Erlasses vom 12. April 1921 — I M I 944 — bestimme ich zugleich, daß eine Ablieferungspflicht der Kreisärzte und Kreisassistenzärzte für die Tätigkeit als zweiter Obduzent bei Leichenöffnungen nicht vorliegt, wenn der Kreisassistenzarzt nicht Gerichtsarzt des betreffenden Bezirks ist.

Ausführungsbestimmungen zur Besoldungsordnung, insbesondere Berechnung des Besoldungsdienstalters und des Anwärterdienstalters. Rund-Erlaß des Ministers für Volkswirtschaft vom 4. August 1921 an sämtliche Herren Oberpräsidenten und Regierungspräsidenten.

Unter Bezugnahme auf die allgemeine Verfügung des Herrn Finanzministers vom 8. Juli 1921 — Bes. Nr. 2314 —[1]), betreffend Ausführungsbestimmungen zum Beamtendiensteinkommensgesetz vom 17. Dezember 1920, ersuche ich, auch im Bereich meiner Verwaltung nach den von dem Herrn Finanzminister erlassenen Besoldungsvorschriften — P. B. V. — (abgedruckt — im Finanz-Ministerialblatt Nr. 14) zu verfahren und insbesondere mit der Anrechnung des Besoldungsdienstalters und des Anwärterdienstalters sofort zu beginnen.

Ueber die Frage, ob und welche Zeit als Prüfungszeit anzurechnen ist (Ziffer 159 Abs. 2 P. B. V.), sowie darüber, welche Zeit als auf das Hochschulstudium herkömmlich folgende Vorbereitungszeit zu gelten hat, sofern hierüber für einzelne Laufbahnen noch keine bestimmte Vorschriften bestehen (Ziffer 159, Abs. 4), wird demnächst weitere Verfügung ergehen.

Ausführungsvorschriften zum Beamtendiensteinkommengesetz. Allgemeine Verfügung des Finanzministers vom 8. Juli 1921.[2])

I. Planmäßige Beamte.

1. Die **planmäßigen Beamten** erhalten: I. Grundgehalt und Ortszuschlag sowie in besonderen Fällen Sondervergütungen, II. Kinderbeihilfen, III. Ausgleichszuschlag.

2. Das **Grundgehalt** bemißt sich nach der Besoldungsordnung. Die Zahlung des Grundgehaltes beginnt mit dem Tage der planmäßigen Anstellung.

6. Das Grundgehalt, soweit es nicht nur Einzelgehalt ist, steigt nach Dienstaltersstufen von zwei zu zwei Jahren bis zur Erreichung des Höchstgehaltes.

Die höheren Grundgehaltssätze werden jeweils vom Ersten des Kalendermonats an gezahlt, in dem der Beitritt in die neue Dienstaltersstufe fällt. Sie sind schon vom Tage der ersten planmäßigen Anstellung ab zu gewähren, wenn der Beamte auf Grund der Anrechnung früherer Dienstzeit oder Beschäftigung eine höhere Gehaltsstufe bereits erreicht hat oder spätestens im Laufe des Anstellungsmonats erreichen würde.

7. Auf das Aufrücken im Grundgehalt haben die planmäßigen Beamten einen Rechtsanspruch.

8. Ist der höhere Grundgehaltssatz nicht rechtzeitig angewiesen, so sind die Beträge nachzuzahlen, die der Beamte bei rechtzeitiger Anweisung mehr erhalten hätte.

---

[1]) Siehe nachstehend.

[2]) Es sind hier nur die Bestimmungen mitgeteilt, die für die Medizinalbeamten hauptsächlich in Betracht kommen.

10. Besoldungsdienstalter (BDA.). Der Tag, auf den das BDA. eines planmäßigen Beamten mit aufsteigendem Gehalte festgesetzt wird, bezeichnet den Zeitpunkt, welcher der Berechnung der dem Beamten in seiner Besoldungsgruppe zukommenden Gehaltsstufe zugrunde gelegt wird. Von diesem Zeitpunkt an sind die Zeitabschnitte für das Verbleiben im Anfangsgrundgehalt und für das Aufsteigen in die höheren Gehaltsstufen zu rechnen. Das BDA kommt — soweit nicht ein anderes bestimmt ist — nur für die Regelung der Gehaltsbezüge in Betracht, insbesondere ist es für die Berechnung der ruhegehaltsfähigen Dienstzeit ohne Bedeutung.

11. Das BDA beginnt mit dem Tage der Anstellung in der jeweiligen planmäßigen Stelle, soweit nicht im BDEG. oder in diesen B. V. etwas Abweichendes bestimmt oder zugelassen ist.

14. Festsetzung des BDA. Das BDA wird — abgesehen von den Fällen, in denen nach diesen BV. die Festsetzung durch den Fachminister allein oder im Einverständnis mit dem Finanzminister erfolgt — von den in den einzelnen Verwaltungen dazu bestimmten Stellen festgesetzt.

16. Der Beamte ist von jeder Festsetzung seines BDA unter Hinweis auf Ziffer 18 schriftlich zu benachrichtigen.

17. Die Entscheidung der Verwaltungsbehörden über die Festsetzung des BDA ist für die Beurteilung der vor den Gerichten geltend gemachten vermögensrechtlichen Ansprüche maßgebend.

20. Anrechnung der nicht planmäßigen Dienstzeit auf das BDA. Bei der Festsetzung des BDA der nach dem 31. März 1920 planmäßig angestellten Beamten ist von der Zeit, die bei dem gleichen Dienstzweig zwischen dem Beginne des Anwärterdienstalters und der ersten planmäßigen Anstellung verbracht worden ist, bei Zivilanwärtern der Teil, der 5 Jahre, bei Militäranwärtern der Teil, der 4 Jahre übersteigt, auf das BDA anzurechnen.

25. Ob und wieweit zur Vermeidung von Härten die Zeit praktischer Beschäftigung außerhalb des Staatsbeamtenverhältnisses auf das BDA. angerechnet werden kann, wird von dem Fachminister in Gemeinschaft mit dem Finanzminister bestimmt. Die hierbei anzurechnende Zeit darf die Hälfte der Gesamtaufrückungszeit der Besoldungsgruppe nicht übersteigen, in der der Beamte planmäßig angestellt wird. Darüber hinaus können die genannten Minister in besonders gearteten Ausnahmefällen eine Vorrückung des BDA zulassen.

26. Als praktische Tätigkeit im Sinne der Ziffer 25 kommt grundsätzlich nur eine Tätigkeit in Frage, die der Tätigkeit des Beamten in der Stelle, in der die Anstellung erfolgt, gleichwertig und förderlich gewesen ist.

Von der Ermächtigung in Ziffer 25 Satz 3 soll nur in ganz besonderen Ausnahmefällen Gebrauch gemacht werden.

37. Beim Uebertritt aus einer Besoldungsgruppe in eine höhere erhält der Beamte stets den gegenüber seinem bisherigen Grundgehaltssatz nächsthöheren Satz und behält diesen die volle für das Weiteraufsteigen in die folgende Stufe vorgeschriebene Zeit von zwei Jahren. Wäre er jedoch in der früheren Besoldungsgruppe bereits vor Ablauf dieser Zeit in die nächsthöhere Stufe aufgestiegen und damit zu einem Grundgehaltssatz gelangt, der über den ihm in der neuen Besoldungsgruppe gewährten hinausgeht oder ihm gleichkommt, so steigt er auch in der neuen Besoldungsgruppe zu derselben Zeit in die folgende Stufe.

39. Werden bei einer Beförderung Besoldungsgruppen übersprungen, so ist das BDA. so festzusetzen, wie wenn der Beamte zunächst in die dazwischenliegenden Gruppen eingetreten wäre.

40. Der Uebertritt eines Beamten in eine niedrigere Besoldungsgruppe kann immer nur ein freiwilliger sein. Gegen seinen Willen kann der Beamte in eine Besoldungsgruppe mit niedrigerem Gehalt nicht versetzt werden, auch nicht im Wege des Disziplinarverfahrens.

44. Die am 1. April 1920 im Dienst befindlichen planmäßigen Beamten mit aufsteigenden Gehältern werden in die Besoldungsgruppen der BO. mit derjenigen Gehaltsstufe eingereiht, die ihrem bisherigen Besoldungsdienstalter in der Stelle entspricht, die sie am 1. April 1920 bekleiden. Beamte, die zum 1. April 1920 oder mit Wirkung von diesem Tage angestellt sind,

zählen im Sinne dieser Vorschrift nicht zu den am 1. April 1920 im Dienst befindlichen planmäßigen Beamten.

47. Sind ganze Gattungen von Beamten in höhere Besoldungsgruppen gehoben, so behalten sie ihr bisheriges BDA., sofern sich für sie bei Anwendung der Bestimmungen im § 25 Abs. 3 BDEG. nicht ein noch günstigeres BDA. ergibt.

Sind dagegen Beamtengattungen, die am 31. März 1920 unter gleicher oder verschiedener Amtsbezeichnung in der gleichen Gehaltsklasse vereinigt waren, so getrennt worden, daß ein Teil in einer niedrigeren Besoldungsgruppe zurückgeblieben ist, so sind die in die gehobenen Gruppen eingereihten Beamten so anzusehen, als wenn sie am 1. April 1920 aus der niedrigeren Gruppe in ihre jetzige Stelle befördert worden wären. Ihr BDA. ist deshalb neu festzusetzen.

Demnach sind anzusehen, als wenn sie am 1. April 1920 befördert worden wären, z. B.:

i) Regierungsräte, Regierungs- und Bauräte, Abteilungsleiter bei der Landesanstalt für Wasserhygiene in Berlin-Dahlem und bei der staatlichen Nahrungsmitteluntersuchungsanstalt, Amts- und Landgerichtsräte in die Gruppe 11 aus der Gruppe 10;

k) Oberregierungsräte, Oberbauräte, aufsichtführende Richter an den Amtsgerichten mit mehr als 10 Richtern, Oberregierungs- und Schulräte, Landräte bei großen Landratsämtern in die Gruppe 12 aus der Gruppe 10.

Ueber die Neufestsetzung des BDA. entscheidet in Zweifelsfällen der Fachminister im Einvernehmen mit dem Finanzminister.

64. (1) Berücksichtigung von Ausbildungszeit auf einer Fachschule oder Hochschule. Die Zeit eines durch die Annahme- oder Prüfungsbedingungen vorgeschriebenen Besuchs einer staatlichen oder staatlich anerkannten technischen Fachschule oder eines diesen ersetzenden Hochschulbesuchs wird bis zur Höchstdauer von drei Jahren auf das BDA. angerechnet, soweit dadurch der Beginn des BDA. gegenüber den nicht technisch vorgebildeten Beamten, welche in demselben Dienstzweig und in derselben Besoldungsgruppe im wesentlichen mit gleichen Dienstverrichtungen beschäftigt sind, nachweislich hinausgeschoben wird.

Anstellung nicht besoldeter Kreisärzte und Kreistierärzte als vollbesoldete Kreisärzte und Kreistierärzte und als Regierungs- und Medizinalräte und Regierungs- und Veterinärräte.

79. (1) Wird ein nicht besoldeter Kreisarzt oder Kreistierarzt als vollbesoldeter Kreisarzt oder Kreistierarzt angestellt, so wird das BDA. vom Tage der Anstellung als nicht vollbesoldeter Kreisarzt oder Kreistierarzt ab gerechnet.

(2) Wird ein nicht vollbesoldeter Kreisarzt oder Kreistierarzt als Regierungs- und Medizinalrat oder Regierungs- und Veterinärrat angestellt, so wird das Grundgehalt der früheren Stelle nach Abs. 1 festgestellt.

86. Zum Grundgehalt der planmäßigen Beamten tritt als weiterer Bestandteil des Diensteinkommens ein **Ortszuschlag** nach Maßgabe der diesen Besoldungsvorschriften als Anlage 2 beigegebenen Ortszuschlagstafel. Der Ortszuschlag ist danach — je nach der Höhe des Grundgehalts — in sieben Ortszuschlagsgruppen und außerdem nach 5 Ortsklassen abgestuft.

90. (1) Die Einreihung eines planmäßigen Beamten in eine der sieben Ortszuschlaggruppen richtet sich lediglich nach der Höhe des Grundgehalts. Alle Zuschläge, Zulagen und sonstigen Bezüge bleiben außer Betracht.

(3) Die nicht vollbesoldeten Kreisärzte und die nicht vollbesoldeten Kreistierärzte erhalten nicht mehr Gehälter mit Mindestgrundgehaltssätzen, sondern 75 v. H. der Grundgehaltssätze der vollbesoldeten Kreisärzte und der vollbesoldeten Kreistierärzte (Gruppe 10), also sind an Stelle der eingeklammerten Sätze der Besoldungsgruppe 10 zu zahlen: (8400) 6300, (9200) 6900, (10 000) 7500, (10 800) 8100, (11 300) 8475, (11 800) 8850, (12 300) 9225, (12 600) 9450. Nach diesem gekürzten Grundgehalt richtet sich auch die Höhe des Ortszuschlags.

91. Auf die Vorrückung in höhere Ortszuschlagsgruppen nach Maßgabe der Ortszuschlagtafel haben die planmäßigen Beamten einen Rechtsanspruch.

107. **Kinderbeihilfen** werden den Beamten für folgende Kinder gewährt: für eheliche, für ehelich erklärte und an Kindes statt angenommene

Kinder, für Stiefkinder, die in die Familiengemeinschaft aufgenommen sind, für uneheliche Kinder.

108. (1) Die Kinderbeihilfen werden unabhängig vom Diensteinkommen gewährt. Beamte, die im Disziplinarverfahren oder aus Anlaß eines Strafverfahrens vorläufig vom Dienste enthoben sind, sowie Beamte, deren Diensteinkommen auf Grund eines Disziplinarurteils zu kürzen ist, erhalten die Kinderbeihilfen in voller Höhe.

(2) Beamte, die im Staatsdienst nur ein Nebenamt bekleiden, erhalten keine Kinderbeihilfe.

109. (2) Für Enkel und Pflegekinder wird keine Kinderbeihilfe gewährt.

111. (1) Für uneheliche Kinder (vergl. § 1705 ff. B.G.B.) wird die Kinderbeihilfe nur auf Antrag und nur insoweit gewährt, als der Beamte ihren Unterhalt bestreitet. Voraussetzung ist ferner, daß der Unterhalt von dem Beamten als Erzeuger gewährt wird, nachdem seine Vaterschaft festgestellt ist (§§ 1717 und 1718 B.G.B.) oder daß der Unterhalt von der Beamtin als Mutter gewährt wird.

113. Höhe der Kinderbeihilfen. Für jedes beihilfefähige Kind werden bis zum vollendeten 6. Lebensjahre monatlich 40 M., bis zum vollendeten 14. Lebensjahre monatlich 50 M., und bis zum vollendeten 21. Lebensjahre monatlich 60 M. bezahlt. Zu diesen Beträgen tritt der jeweils geltende Ausgleichszuschlag einschl. etwaiger Notzuschläge hinzu.

120. Beginn, Aenderung und Wegfall der Kinderbeihilfe. Die Kinderbeihilfe wird im voraus bezahlt, und zwar vom Beginn des Kalendermonats an, in dem die für die Gewährung maßgebenden Voraussetzungen eintreten.

123. (1) Zur Anpassung an die Veränderungen in der allgemeinen Wirtschaftslage wird zum Grundgehalt, zum Ortszuschlag und zu den Kinderbeihilfen ein veränderlicher, nicht ruhegehaltsfähiger **Ausgleichszuschlag** gewährt.

(2) Zu anderen Zulagen, Sondervergütungen oder Nebenbezügen tritt der Ausgleichszuschlag nicht.

(3) Der Ausgleichszuschlag tritt hiernach zu dem Grundgehalt, dem Ortszuschlag und den Kinderbeihilfen, wie sie tatsächlich bezogen werden.

124. (1) Die Art und Höhe des Ausgleichszuschlagssatzes wird durch den Staatshaushaltsplan bestimmt.

(2) Wird der Ausgleichszuschlagssatz in Anlehnung an die Ortsklasseneinteilung gestaffelt, so tritt die Veränderung im Ausgleichszuschlagssatz mit dem Tage ein, von dem an das Grundgehalt (Grundvergütung) der neuen Dienststelle gewährt wird.

II. Nichtplanmäßige Beamte.

125. Die nichtplanmäßigen Beamten erhalten:

I. Grundvergütung und Ortszuschlag (§ 11 bis 15 BDEG.) sowie in besonderen Fällen: Sondervergütungen, Nebenbezüge und sonstige Vergünstigungen (§ 16 BDEG.).

II. Kinderbeihilfen (§ 17 BDEG.).

III. Den Ausgleichszuschlag des § 18 BDEG.

126. (1) Die **Grundvergütung** der im Staatsdienst als Stellenanwärter voll beschäftigten nicht planmäßigen unmittelbaren Staatsbeamten sowie der in § 11 Abs. 1 BDEG. aufgeführten Hilfskräfte an den wissenschaftlichen Hochschulen, Anstalten und Instituten bemißt sich nach der Nachweisung der Dienstbezüge der nicht planmäßigen Beamten (Anl. 3 des BDEG.).

(2) Hiernach werden diese Dienstbezüge nach einem bestimmten Hundertsatz des Anfangsgrundgehalts derjenigen Besorgungsgruppe berechnet, in der der nicht planmäßige Beamte beim regelmäßigen Verlauf seiner Dienstlaufbahn zuerst planmäßig angestellt wird, und wenn dies eine Beförderungsstelle ist, nach der Eingangsgruppe.

130. (2) Nicht vollbesoldete Kreisärzte und nicht vollbesoldete Kreistierärzte erhalten bei nicht planmäßiger Beschäftigung in einer vollbesoldeten Dienststelle (z. B. als Regierungs- und Veterinärrat usw.) die Bezüge der vollbesoldeten Kreisärzte oder Kreistierärzte unter Berücksichtigung der Vorschriften in Ziffer 79 und daneben die

ihnen etwa gesetzlich oder verordnungsmäßig zustehenden Tagegelder oder sonstigen Bezüge.

131. (1) Dienstalterstufen. Die Grundvergütung steigt bei nicht planmäßigen Beamten gemäß Anl. 3 des BDEG. bis zum Erreichen des Anfangsgrundgehalts der planmäßigen Beamten und von da an von zwei zu zwei Jahren gemäß Ziffer 6.

(2) Die höheren Grundvergütungssätze werden jeweilig vom Ersten des Kalendermonats gezahlt, in den der Eintritt in die neue Dienstaltersstufe fällt (§ 12 Abs. 1 BDEG.).

132. Die nichtplanmäßigen Beamten haben auf die Dienstalterszulagen keinen Rechtsanspruch.

133. (1) Eine Dienstalterszulage kann versagt werden, wenn gegen das dienstliche oder außerdienstliche Verhalten des Beamten eine erhebliche Ausstellung vorliegt (§ 12 Abs. 2 BDEG.).

(2) Vor der Versagung ist dem Beamten Gelegenheit zu geben, sich zu den Gründen der beabsichtigten Maßregeln zu äußern. Wird das Aufrücken versagt, so sind dem Beamten die Gründe hierfür schriftlich zu eröffnen (§ 12 Abs. 3 BDEG.).

(3) Gegen die Versagung, sofern sie nicht von der obersten Verwaltungsbehörde verfügt ist, steht dem Beamten die Beschwerde an diese zu (§ 12 Abs. 4 BDEG).

(4) Wird der Beschwerde stattgegeben, so ist die Dienstalterszulage rückwirkend zu gewähren.

(5) Die Versagung einer Dienstalterszulage wird wirksam, sobald dem Beamten die entsprechende schriftliche Verfügung zugeht.

137. (1) Anwärterdienstalter (Anw.DA.) und Anwärterdienstzeit (Anw.DZ.). Der Tag, auf den das Anw.DA. eines nicht planmäßigen Beamten festgesetzt wird, bezeichnet den Zeitpunkt, welcher der Berechnung der dem Beamten in seiner Anwärtergruppe zukommenden Dienstaltersstufe zugrunde gelegt wird. Von diesem Zeitpunkt an sind die Zeitabschnitte für das Verbleiben in den Dienstaltersstufen zu rechnen.

(2) Der Tag, auf den der Beginn der Anw.DZ. eines nicht planmäßigen Beamten festgesetzt wird, bezeichnet den Zeitpunkt, von dem an die im § 13 Abs. 2 Satz 1 BDEG. bezeichnete Frist für die planmäßige Anstellung rechnet.

(3) Hat nach Inkrafttreten des § 13 Abs. 2 Satz 1 BDEG. ein Anwärter die dort bezeichnete Anwärterdienstzeit noch nicht zurückgelegt, wohl aber bereits ein Anw.DA. von mehr als 5 (4) Jahren erreicht, so gilt für ihn auch weiterhin die Bestimmung in Ziffer 127 und 20.

140. (1) Berechnung des Anw.DA. und der Anw.DZ. Das Anw.DA. und die Anw.DZ. beginnen mit dem Tage, mit dem der endgültig in den Staatsdienst übernommene Beamte nach erlangter Befähigung für das Amt die Anwartschaft erhalten hat, in eine entsprechende planmäßige Stelle einzurücken, soweit nicht in diesen BV. etwas Abweichendes bestimmt oder zugelassen ist.

(2) Wenn ein nichtplanmäßiger Beamter den Dienst bei einer Behörde mit dem Beginn eines Monats antreten sollte, ihn aber, weil der Erste des Monats ein Sonntag oder allgemeiner Feiertag war, erst am darauffolgenden Werktag angetreten hat, so ist der Beginn des Anw.DA. und der Anw.DZ. so festzusetzen, als wenn der Dienst am ersten Tage des Monats angetreten wäre.

159. (1) Berücksichtigung von Ausbildungszeit auf einer wissenschaftlichen Hochschule. Den Anwärtern für eine Stelle der Besoldungsgruppen 9 und 10 wird die in den Ausbildungs- und Prüfungsvorschriften vorgesehene Zeit

a) der praktischen Beschäftigung, soweit sie nicht in den Hochschulferien abgeleistet ist,
b) des Hochschulstudiums,
c) der nachfolgenden Vorbereitungszeit,
d) der notwendigen Prüfungszeit,

soweit die Gesamtsumme der unter a—d genannten Zeiten 4 Jahre übersteigt, auf das Anw.DA., nicht auf die Anw.DZ. angerechnet.

(2) Ob und welche Zeit hiernach als Prüfungszeit bei den einzelnen Verwaltungen anzurechnen ist, bestimmt der Fachminister im Einvernehmen mit dem Finanzminister.

(3) Nicht anrechnungsfähig ist

a) die Zeit, die der Beamte länger als vorgeschrieben auf der Hochschule zugebracht hat,

b) die Zeit, die der Beamte dadurch verloren hat, daß er die eine oder andere Prüfung beim ersten Versuch nicht bestanden hat.

(4) Bestehen für Laufbahnen, die eine abgeschlossene Hochschulbildung voraussetzen, keine bestimmten Vorschriften für die auf das Hochschulstudium folgende Vorbereitungszeit, so wird hierfür höchstens die Zeit angerechnet, die nach einer Vereinbarung zwischen dem Fach- und dem Finanzminister als herkömmlich festgesetzt worden ist.

(5) Diese Bestimmungen gelten auch für die am 31. März 1920 bereits planmäßig angestellten Beamten.

(6) Die im Absatz 1 genannten Personen können erst dann die Grundvergütungssätze der Gruppe 10 erhalten, wenn sie als Beamte im Staatsdienst voll beschäftigt sind, die etwa vorgeschriebene zweite (letzte) Staatsprüfung mit Erfolg abgelegt und den — vor oder nach der zweiten (letzten) Staatsprüfung — vorgeschriebenen Vorbereitungsdienst zurückgelegt haben.

160. (1) Anrechnung sonstiger Beschäftigungszeiten. Ob und inwieweit sonst zum Ausgleich von Härten die Dienstzeit in einem anderen Zweige des Staatsdienstes, im Reichsdienste oder im Dienste eines der Länder, eine außerhalb des Staatsbeamtenverhältnisses zurückgelegte Dienstzeit oder die Zeit einer praktischen Beschäftigung auf das Anw. DA. oder die Anw. DZ. oder auf beide angerechnet werden kann, bestimmt der Fachminister im Einvernehmen mit dem Finanzminister.

(2) Die Anrechnung soll nicht erfolgen, soweit sich der Beamte dadurch günstiger stehen würde als der Durchschnitt der gleichaltrigen Anwärter, die die regelmäßige Dienstlaufbahn zurückgelegt haben. Ziffer 23 Abs. 2 gilt entsprechend.

161. Wird ein nicht planmäßiger Beamter des Reichs oder eines der Länder sogleich in eine planmäßige Stelle des Staatsdienstes übernommen, so darf er nicht schlechter gestellt werden, als wenn er zunächst in eine nicht planmäßige Stelle des Staatsdienstes übernommen worden wäre.

167 (1) Zur Grundvergütung der nicht planmäßigen Beamten tritt als weiterer Bestandteil des Diensteinkommens ein Ortszuschlag in Höhe von 80 v. H. des Ortszuschlags, den sie als planmäßige Beamte in der ersten Gehaltsstufe derjenigen Besoldungsgruppe beziehen würde, in der sie bei regelmäßigem Verlauf ihrer Dienstlaufbahn zuerst planmäßig angestellt werden (§ 14 Abs. 1 BDEG.).

Während der Geltungsdauer des Gesetzes, betr. Notzuschläge zu den Kinderbeihilfen und Ortszuschlag der nichtplanmäßigen Beamten vom 18. Dezember 1920 (G. S, 1921 S. 218) erhalten die nichtplanmäßigen Beamten vom 1. Oktober 1920 an den Ortszuschlag in voller Höhe.

174./75. Kinderbeihilfen und Ausgleichszuschlag erhalten die nicht planmäßigen Beamten in derselben Höhe wie die planmäßigen.

III. Allgemeine Bestimmungen.

176. (1) Zahlungsvorschriften. Die unmittelbaren Staatsbeamten, die eine planmäßige Stelle bekleiden, erhalten ihre Dienstbezüge, soweit sie ihnen in festen Barbezügen zustehen, aus der Staatskasse monatlich, bei Ueberweisung auf ein Konto vierteljährlich im voraus.

(2) Die nichtplanmäßigen Beamten (Stellenanwärter) erhalten ihre Dienstbezüge monatlich im voraus.

(3) Die Dienstbezüge der planmäßigen Beamten werden nur dann vierteljährlich gezahlt, wenn der Beamte bei der zuständigen Kasse schriftlich die restlose Ueberweisung des Grundgehalts, des Ortszuschlags, der Kinderbeihilfen und des Ausgleichszuschlags und etwaiger sonstiger fortlaufender Bezüge auf ein Konto beantragt.

(4) Die Ueberweisung kann auf ein Bankkonto oder Postscheckkonto erfolgen. In den Anträgen auf Ueberweisung von Dienst- oder Ver-

sorgungsbezügen darf nur ein Bank- oder Sparkassen- oder Postscheckkonto bezeichnet werden. Anträge auf Ueberweisung der Bezüge in Teilen auf mehrere Konten sind wegen der damit verbundenen Belastung der Kassen nicht zulässig. Die an den Reichsbankgiroverkehr angeschlossenen Sparkassen und die als scheckfähig bezeichneten Genossenschaften, d. h. bankähnliche Genossenschaften, die sich nach den für ihren Geschäftsbereich maßgebenden Bestimmungen mit der Annahme von Geld und der Leistung von Zahlungen für fremde Rechnung befassen, sind bei Zahlung von Dienstbezügen einem Bankhause gleich zu achten.

Festsetzung des Ruhegehalts der ehemaligen Kreisphysiker und Kreiswundärzte. Rund-Erlaß des Ministers für Volkswohlfahrt vom 1. September 1921 — I M I 1787 — an die Regierungspräsidenten.

Der bei der Bemessung des Ruhegehaltes der nicht vollbesoldeten Kreisärzte nach Vermerk 2 zu Kap. 129 Tit. 2 des Staatshaushalts dem Gehalt für sonstige Dienstbezüge zuzurechnende Betrag von 2250 M. ist bei der Festsetzung des Ortszuschlagsdurchschnitts nicht zu berücksichtigen. Ebenso ist dieser Betrag bei der Festsetzung des Ausgleichszuschlages nach § 18 Beamten-Dienst-Einkommen-Gesetz nicht in Betracht zu ziehen und daher auch bei Errechnung des Mindest- und des Höchstbetrages des Versorgungszuschlags nach § 23 Abs. 2 und 3 Beamten-Dienst-Einkommensgesetz nicht in Ansatz zu bringen. Eine mittelbare Berücksichtigung des Betrages von 2250 Mark erfolgt jedoch bei der Festsetzung des Versorgungszuschlags in den Fällen des § 23 Abs. 2 Beamten-Dienst-Einkommensgesetz, in denen der Versorgungszuschlag in Höhe des Ausgleichszuschlagsatzes vom tatsächlichen Ruhegehalt höher ist als der Mindestbetrag.

Beispiele.

a) Ein nicht vollbesoldeter Kreisarzt, der ein Grundgdhalt von 6300 M., einen Ortzuschlag von 2000 M. uud einen Ausgleichszuschlag von 5395 M. bezieht, tritt mit einer ruhegehaltsfähigen Dienstzeit von 12 Jahren in den Ruhestahd. Seine Versorgungsgebührnisse berechnen sich wie folgt: Ruhegehalt $^{22}/_{60}$ von 10650 M. (Grundgehalt 6300 M., Ortszuschlag (Durchschnitt) 2100 M., sonstige Dienstbezüge 2250 M.) = 3906 M. Der nach dem Ruhegehalt zuständige Versorgungszuschlag beläuft sich auf (Ortsklasse C) 2538 M. 90 Pf.; es ist aber der nach § 23 Abs. 2 Beamten-Dienst-Einkommens-Gesetz zuständige Mindestbetrag von 2730 Mark ($^1/_3$ × 65 % von 6300 M. + 2100 M.) zur Zahlung anzuweisen.

b) Ein nicht vollbesoldeter Kreisarzt, der ein Grundgehalt von 9450 M., einen Ortszuschlag von 4000 M. und einen Ausgleichszuschlag von 9415 M. bezieht, tritt mit einer ruhegehaltsfähigen Dienstzeit von 41 Jahren in den Ruhestand. Seine Versorgungsgebührnisse sind folgende: Ruhegehalt $^{45}/_{60}$ von 14460 M. (Grundgehalt 9450 M., Ortszuschlag (Durchschnitt) 2760 M., sonstige Diensbezüge 2250 M.) = 10845 M. Der nach dem Ruhegehalt zuständige Versorgungszuschlag beläuft sich auf (Ortsklasse A) 7591 M. 50 Pf. Da der Mindestversorgungszuschlag ($^3/_4$ × 70 % von 9450 M. + 2760 M.) nur 6410 M. 25 Pf. beträgt, kommt dieser für die Gewährung nicht in Betracht.

Die Leitung öffentlicher Apotheken. Rund-Erlaß des Ministers für Volkswohlfahrt vom 12. April 1921.

Sonderfälle geben mir Veranlassung, darauf hinzuweisen, daß nach dem preußischen Apothekenrecht nur eine physische, entsprechend qualifizierte Person Besitzer einer Apotheke sein kann. Dies entspricht zudem der öffentlich-rechtlichen Stellung des Vorstandes (Besitzers und Verwalters) der Apotheke. Anträgen, verkäufliche Konzessionen auf zwei oder gar mehrere Apotheker gemeinsam zu übertragen, ist daher nicht zu entsprechen. Weiter ist es aus denselben Gründen nicht angängig, verkäufliche Apothekenkonzessionen auf offene Handelsgesellschaften, juristische Personen usw. zu übertragen.

Verantwortlich für die Schriftleitung: Prof. Dr. Rapmund, Geh. Med.-Rat in Lippspringe.
Druck von J. C. C. Bruns, Minden i. W.

Rechtsprechung u. Medizinal-Gesetzgebung

Beilage zur Zeitschrift für Medizinal-Beamte

Nr. 19. 5. Oktober. 1921.

Rechtsprechung.

Wenn die Verleihungsbehörde zur Verhütung nachteiliger Wirkungen in Abwässern der Ausübung des verliehenen Rechtes eine biologische Kläranlage vorsieht, so hat sie auch zu prüfen, ob nicht durch Art oder Betrieb der Anlage öffentliche Interessen beeinträchtigt werden, und ist jedenfalls befugt, Beschaffenheit und Betrieb der Anlage so zu gestalten, daß solche Beeinträchtigungen vermieden werden. Beschluß des Preuß. Landeswasseramts (I. Senat) vom 25. April 1921.

Der Landgemeinde R. war auf ihren Antrag das dauernde Recht verliehen worden, die Abwässer ihrer Kanalisation in das R.'er Mühlenfließ einzuleiten, nachdem sie einer mechanischen Vorklärung, sodann einer biologischen Klärung und außerdem einer Nachklärung unterworfen waren. In den gegen diesen Beschluß erhobenen Beschwerden von Widersprechenden war einmal die ausreichende Wirkung der Kläranlage bemängelt und ferner darüber geklagt, daß die in der Nähe der Kläranlage wohnenden Beschwerdeführer durch üble Gerüche benachteiligt werden würden, die infolge des Betriebs der Anlage und der Beseitigung des Klärschlamms entstehen müßten. Das Landeswasseramt beließ es bei der Verleihung, indem es die Bedingungen abänderte und ergänzte, insbesondere auch die Unternehmerin verpflichtete, alle Maßnahmen zu treffen, um Geruchsbelästigungen der Umgegend zu vermeiden.

Ueber die Wirkung der biologischen Klärung sprechen sich die vorliegenden sachverständigen Gutachten in verschiedener Weise aus. Die Landesanstalt für Wasserhygiene in Berlin-Dahlem steht in einer gut durchgebildeten und betriebenen biologischen Kläranlage nach dem heutigen Stande von Wissenschaft und Klärtechnik — außer der Reinigung auf genügend großen geeigneten Landflächen — das weitestgehende und gründlichste Mittel, um das Abwasser unschädlich zu machen und Mißstände in der Vorflut zu vermeiden. Insbesondere hält sie die geplante mechanisch-biologische Anlage mit 224 cbm nutzbarer Tropfkörpermasse bei sorgfältigem Betrieb und ständiger Ueberwachung wohl für geeignet, eine weitgehende Reinigung des Abwassers bis zur Fäulnisunfähigkeit herbeizuführen, wodurch Mißstände im Mühlenfließ und am Seestrande vermieden werden würden. Dagegen führt Professor Dr. S. in seinem Gutachten aus, daß in den biologischen Körpern in der Hauptsache nur eine Abfiltrierung der ungelösten Stoffe, soweit diese sich noch nicht in den Absitzgruben abgesetzt hätten, und nur in verhältnismäßig geringem Maße eine Oxydation der gelösten Stoffe vor sich gehe. Nach seiner Ansicht wird das Abwasser in der Kläranlage nicht viel von den gelösten organischen Stoffen einbüßen, daher fäulnisfähig sein und zu Schlammablagerungen, am Strande auch zur Durchsetzung des Sandes mit fäulnisfähigen Stoffen Veranlassung geben, die, zumal an heißen Tagen, zu Geruchsbelästigungen führen müßten. Der Senat hat ungeachtet dieser abweichenden Ansicht kein Bedenken getragen, seiner Entscheidung die gutachtliche Aeußerung der Landesanstalt für Wasserhygiene zu Grunde zu legen, da er ihr im Hinblick auf ihre umfassende praktische Tätigkeit auf dem Gebiete der Abwasserreinigung, insbesondere auch bei der Begutachtung und Ueberwachung biologischer Kläranlagen, ein maßgebliches Urteil über die Wirkung solcher Anlagen zuerkennen zu müssen glaubte. Auch der sachverständige Berater des Regierungspräsidenten, der Regierungs- und Geheime Baurat T., hat bei der Nachprüfung des vorgelegten Planes keine grundsätzlichen Bedenken gegen die Anlage geltend gemacht. Die Einleitung der biologisch geklärten Abwässer in das Mühlenfließ zuzulassen, erschien auch um so unbedenklicher, als die Landesanstalt für Wasserhygiene

in ihrem ersten Gutachten, wenngleich unter Zurückstellung erheblicher Bedenken, sich einstweilen mit einer nur mechanischen Klärung begnügen wollte. Wenn man der Gemeinde R. die Einleitung ihrer Abwässer nicht überhaupt versagen darf, ist es bei dem heutigen Stande der Technik nicht einzusehen, welche weitergehende Klärung man der Gemeinde noch vorschreiben könnte, nachdem diese sich zu der gegenwärtig sehr kostspieligen biologischen Klärung entschlossen hat, um allen berechtigten Einwendungen vorzubeugen. Es käme nur der Rieselbetrieb in Betracht, und dieser ist unter den obwaltenden Verhältnissen ausgeschlossen. Uebrigens hat sich auch Professor Dr. S. nicht für eine Versagung der beantragten Einleitung ausgesprochen; er hat vielmehr nur Vorschläge gemacht, bei deren Erfüllung die nach seiner Ansicht nachteiligen Wirkungen der faulenden Abwässer und ihrer Schlammablagerungen sich auf ein erträgliches Maß einschränken ließen. Nimmt man aber mit der Landesanstalt für Wasserhygiene an, daß die Abwässer die Kläranlage in fäulnisfreiem Zustande verlassen werden, so bedarf es schon deshalb dieser weiteren Einrichtungen nicht. Dies trifft auch auf die vorgeschlagene Einschaltung von Fischteichen unterhalb der Kläranlage zu. Derartige Anlagen sind wiederholt mit gutem Erfolg eingerichtet worden, wo die Wirkung von Kläranlagen nicht hinreichend erschien. Der Senat hat aber im vorliegenden Falle die Einschaltung von Fischteichen zurzeit nicht für notwendig erachtet. Sollte sich bei dem Betriebe der Anlage später ein entsprechendes Bedürfnis ergeben, so kann eine solche Auflage auf Grund des gemäß § 47 Abs. 3 des Wassergesetzes vorgesehenen Vorbehalts erhöhter Anforderungen in Bezug auf Reinigung der Abwässer jederzeit gemacht werden.

Besonders berücksichtigt hat der Senat die Einwendungen der Widersprechenden, daß infolge des Betriebs der Kläranlage oder bei der Beseitigung des Schlammes Geruchsbelästigungen entstehen könnten, wodurch öffentliche Interessen oder die Interessen der Nachbarschaft beeinträchtigt werden. Der Bezirksausschuß hat sich nicht für befugt gehalten, in eine Prüfung dieses Umstandes einzutreten, da sie Sache der polizeilichen Prüfung der Kläranlage sei. Es mag dahin gestellt bleiben, ob nachteilige Wirkungen dieser Art zu denjenigen gehören, die von der beabsichtigten Benutzung des Wasserlaufs zu erwarten sind oder durch die Ausübung des verliehenen Rechtes entstehen, und daher unter die §§ 50, 82 des Wassergesetzes fallen. Wenn aber die Verleihungsbehörde, insbesondere zur Wahrung von Rücksichten des öffentlichen Wohles, bestimmte Einrichtungen vorschreibt, so wird sie sich nicht der Prüfung entziehen dürfen, ob nicht diese Einrichtungen durch Art oder Betrieb ihrerseits öffentliche Interessen beeinträchtigen; daraus folgt ihre Befugnis, Beschaffenheit und Betrieb der Anlage so zu gestalten, daß solche Beeinträchtigungen vermieden werden. Daher ist der Unternehmerin die Verpflichtung auferlegt worden, alle Maßnahmen zu treffen, um Geruchsbelästigungen der Umgegend zu vermeiden. Soweit der Betrieb der Kläranlage selbst in Frage steht, werden solche Belästigungen nach der Ansicht der Landesanstalt für Wasserhygiene voraussichtlich nicht erheblich sein und auch schon durch die vorgesehene Umpflanzung der Kläranlage beseitigt oder doch wesentlich vermindert werden. Die Geruchsbelästigungen durch die Absitzanlage werden durch deren Ueberdeckung ganz vermieden werden, zu der die Gemeinde sich bereit erklärt hat. Ferner soll die Ueberdeckung von zwei der biologischen Körper gegen Frostgefahr erfolgen, wodurch ein weiterer Schutz gegen die mögliche Verbreitung übler Gerüche geschaffen wird. Eine Ueberdeckung der beiden anderen biologischen Körper schon jetzt vorzuschreiben, haben weder die Landesanstalt für Wasserhygiene noch der Regierungs- und Geheime Baurat T. für notwendig gehalten; eine entsprechende Auflage kann, falls sie sich als notwendig erweisen sollte, der Zukunft vorbehalten bleiben und auf Grund der vorgedachten Bedingung durchgeführt werden. Eine weitere Quelle von Geruchsbelästigungen kann die Beseitigung des Klärschlamms darstellen. Die Gemeinde beabsichtigt, diesen mittels einer Schlammpumpe herauszuholen und in den der Kläranlage benachbarten Ländereien unterzugraben. Dagegen sind einstweilen keine Bedenken zu erheben; sollten sich die für die Unterbringung des Schlammes in Aussicht genommenen Ländereien dazu nicht eignen oder gegen ihre Verwendung polizeiliche Bedenken entstehen, so bleibt es die Aufgabe der Gemeinde, für eine andere Beseitigung Sorge zu tragen. Jedenfalls

ist sie auch in dieser Hinsicht verpflichtet, alle Maßnahmen zu treffen, um Geruchsbelästigungen der Umgegend zu vermeiden. Ist bei ordnungsmäßigem Betriebe der Kläranlage eine häufigere Beseitigung des Schlammes, als die Gemeinde jetzt in Aussicht nimmt, insbesondere eine solche während der Hauptausflugszeit, nicht zu umgehen, so wird sie auch dabei Bedacht zu nehmen haben, daß eine wesentliche Geruchsbelästigung der Umgegend vermieden oder der Absitzraum entsprechend vergrößert wird.

Medizinal-Gesetzgebung.

A. Preußen.

Gerichtsärztliche Ausschüsse. Rund-Erlaß des Ministers für Volkswohlfahrt vom 15. August 1921 — I M I 2561 — an die Herren Oberpräsidenten.

Da die Bekanntgabe der Ausführungsbestimmungen zu den Beschlüssen des Staatsministeriums vom 30. April d. Js. (Gesetzsamml. S. 369 und 372) über die Bildung eines Landesgesundheitsrats und gerichtsärztlicher Ausschüsse sich noch verzögert, ersuche ich ergebenst, dem dortigen Regierungs- und Medizinalrat schon jetzt den Vorsitz des gerichtsärztlichen Ausschusses für Ihre Proinz in meinem Namen provisorisch zu übertragen und ihn anzuweisen, die laufenden Geschäfte des bisherigen Provinzialmedizinalkollegiums unter Heranziehung des als ständiges Mitglied in Aussicht genommenen Gerichtsarztes oder dessen Stellvertreters sowie eines dritten aus den dortseits vorgeschlagenen Sachverständigen gewählten Mitgliedes zu erledigen.

Wegen der Revision der staatlichen Arzneirechnungen ergeht besonderer Erlaß.

Zuschläge zu den Tagegeldern bei den Reisen der Medizinalbeamten in gerichtlichen Angelegenheiten nach besonders teueren Städten. Rund-Erlaß des Ministers für Volkswohlfahrt vom 17. September 1921 an sämtliche Herren Regierungspräsidenten.

In Uebereinstimmung mit den für die anderen Staatsverwaltungen getroffenen Anordnungen genehmige ich, daß mit Wirkung vom 1. April 1921 ab bis auf weiteres die in dem Runderlasse vom 17. bezw. 4. August 1920 — F. M. I. Nr. 16731; W. M. A. 3 Nr. 299 bezeichneten besonderen Zuschläge zu den gesetzmäßigen Tagegeldern den Kreisärzten in gerichtlichen Angelegenheiten nach den unter II a. a. O. benannten besonders teueren Städten ebenfalls bewilligt werden.

Festsetzung des Ruhegehalts für ehemalige Kreisphysiker und Kreiswundärzte. Rund-Erlaß des Ministers für Volkswohlfahrt vom 1. September 1921 — I M I 2207 — an sämtliche Herren Regierungspräsidenten.

Die auf Grund des § 15 Abs. 2 des Gesetzes betreffend die Dienststelllung des Kreisarztes usw. vom 16. September 1899 (G. S. S. 172) in den Ruhestand getretenen Medizinalbeamten erhielten „ohne Rücksicht auf die Dauer der Dienstzeit“ eine Pension in Höhe von drei Vierteln der Besoldung usw.

Da der Sinn dieser Vorschrift der ist, daß die nicht wieder verwendeten Medizinalbeamten so gestellt werden sollten, als ob Sie bereits das Höchstruhegehalt verdient hätten, so muß auch bei Berechnung der Versorgungsgebührnisse nach dem Beamtenaltruhegehaltsgesetz das Höchstruhegehalt mit $^{45}/_{60}$ von den neuen Bezügen, die nach Maßgabe des Besoldungsdienstalters in der betr. Stelle im Zeitpunkt des Uebertritts in den Ruhestand zu berechnen sind, gewährt werden. (Auf den Runderlaß vom 29. März 1921 I M I 686 weise ich hierbei hin.)

An Stelle der im § 15 Abs. 2 des Gesetzes vom 16. September 1899 bezeichneten „Entschädigung“ (für dienstliche Gebühren) sind bei dieser Umrechnung den ehemaligen Kreisphysikern für sonstige Dienstbezüge 2250 M. mit der Maßgabe anzurechnen, daß das hiernach dem Ruhegehalt zu Grunde zu legende Diensteinkommen nicht das ruhegehaltsfähige Diensteinkommen eines vollbesoldeten Kreisarztes mit demselben Besoldungsdienstalter übersteigen darf.

Dagegen ist die Hinzurechnung von Nebenbezügen bei den ehemaligen Kreiswundärzten nicht angängig.

Wegen des Versorgungszuschlags nehme ich auf den Runderlaß vom 1. September 1921 — I M Nr. 1737 — Bezug.[1])

B. Bayern.

Abänderung der Verordnung über Gebühren für ärztliche Dienstleistungen in der Privatpraxis. Verordnung des Staatsministeriums des Innern vom 3. August 1921.

Die Verordnung vom 17. Oktober 1901 wird unter Aufhebung der Verordnung vom 27. Juli 1918 bis auf weiteres nach Maßgabe folgender Bestimmungen geändert.

I. Die §§ 4, 5 und 6 erhalten folgende Fassung:

§ 4. Werden bei Beratungen ärztliche Verrichtungen vorgenommen, für die ein Mindestsatz von 30 M. in der Gebührenordnung vorgesehen ist oder eine Gebühr von mehr als 30 M. angesetzt wird, so darf eine Gebühr für die Beratung bei Tage nicht besonders berechnet werden.

§ 5. Bei ärztlichen Besuchen innerhalb des Wohnorts des Arztes steht diesem neben der Gebühr für den Besuch und gegebenenfalls für die Verrichtung eine besondere Entschädigung für Fuhrkosten und für den durch den Hin- und Rückweg verursachten Zeitaufwand in der Regel nicht zu.

Jedoch kann auch innerhalb des Wohnortes des Arztes, wenn die Wohnung des Kranken nicht unter 2 km von der des Arztes entfernt ist, für Besuche bei Nacht, für Besuche bei Tag, die auf Verlangen sofort gemacht werden, für mündliche Beratung zweier oder mehrerer Aerzte bei Tag oder Nacht auch Ersatz für Zeitaufwand für Hin- und Rückweg berechnet werden und zwar für jede angefangene halbe Stunde bei Tage 6—10, bei Nacht (8 Uhr abends bis 8 Uhr morgens) 10—30 Mark.

Befindet sich der Kranke außerhalb des Wohnortes des Arztes und zwar nicht unter 1 km von der Grenze des Wohnortes und nicht unter 2 km von der Wohnung des Arztes entfernt, so kann der Arzt als Wegegeld, das sowohl die Vergütung für den Zeitaufwand, wie die Entschädigung für Beförderungsmittel umfaßt, für den Doppelkilometer der Entfernung von seiner Wohnung bei Tage 6—10, bei Nacht (8 Uhr abends bis 8 Uhr morgens) 10 bis 30 Mark beanspruchen.

Ist der Ort der Dienstleistung unter 1 km von der Grenze des Wohnortes oder über 2 km oder mehr von der Wohnung des Arztes entfernt, so findet die Bestimmung des § 5 Abs. 2 unter den dort angegebenen Voraussetzungen Anwendung.

II. Die Ziffern 1 und 2 des Teiles 1 Gebühren für Besuche und Beratungen (Zeugnisse, Berichte, Gutachten, Briefe) erhalten folgende Fassung:

1. Beratung im Hause des Arztes: a) bei Tag: 5—40 M., b) bei Nacht (8 Uhr abends bis 8 Uhr morgens): 10—60 M.,
2. Besuch in der Wohnung des Kranken: a) bei Tag: 10—60 M., b) bei Nacht: 20—100 M.

Die Mindestsätze für geburtshilfliche Leistungen (Tab. B. Abschn. III, Ziffer 3—8, 10, 12—15, 21, 23 und 25c) werden auf das Fünffache, die Mindestsätze aller übrigen in der Gebührenordnung Teil A und B Abschnitt I—V aufgeführten Sätze werden auf das Dreifache der Mindestsätze der Verordnung vom 17. Oktober 1901 erhöht.

III. Das Staatsministerium des Innern ist ermächtigt, für das besetzte Gebiet der Pfalz besondere Zuschläge zu den Sätzen der Verordnung und Gebührenordnung festzusetzen.

IV. Diese Verordnung tritt am 15. August 1921 in Kraft.

---

[1]) Siehe Beilage zu Nr. 17/18; S. 88. Dem betreffenden Runderlaß ist irrtümlich eine falsche Ueberschrift gegeben; dieselbe muß lauten: „Festsetzung des Ruhegehaltes der nicht vollbesoldeten Kreisärzte."

Verantwortlich für die Schriftleitung: Prof. Dr. Rapmund, Geh. Med.-Rat in Lippspringe.
Druck von J. C. C. Bruns, Minden i. W.

Rechtsprechung u. Medizinal-Gesetzgebung

Beilage zur Zeitschrift für Medizinal-Beamte

Nr. 20. **20. Oktober.** **1921.**

Medizinal-Gesetzgebung.

A. Preußen.

Gebühren für die zur Ueberführung in Irrenanstalten geforderten amtsärztlichen Zeugnisse. Rund-Erlaß des Ministers für Volkswohlfahrt vom 26. August 1921 — I M I 1579 — an den Herrn Regierungspräsidententen in L. und sämtliche übrigen Herren Regierungspräsidenten in Abschrift mitgeteilt.

Die Gebühren für die zur Ueberführung in Irrenanstalten geforderten amtsärztlichen Zeugnisse sind gemäß § 4 des Gesetzes vom 14. Juli 1909 (Gesetzsamml. S. 625) ablieferungspflichtig, sofern ein amtsärztliches Zeugnis hierzu vorgeschrieben ist (§ 34 Ziffer 5 der Dienstanweisung für Kreisärzte).

Der Umstand, daß eine Ortspolizeibehörde die Aufnahme einer Person in eine Irrenanstalt wegen Gemeingefährlichkeit beantragt hat, begründet sonach eine Ablieferungspflicht hinsichtlich der dem Kreisarzt für das Zeugnis zugeflossenen Gebühr nicht, wenn für die Entscheidung über die Unterbringung nach den bestehenden Bestimmungen auch die Zeugnisse nichtbeamteter Aerzte als Gutachten zugelassen sind, da dann der Kreisarzt zur Begutachtung amtlich nicht verpflichtet ist.

Aenderung der Prüfungsordnung für Aerzte, Zahnärzte und Apotheker. Runderlaß des Ministers für Volkswohlfahrt vom 30. Juli 1921 — I M V Nr. 301 — an sämtliche Vorsitzenden der Prüfungskommissionen.

Mitteilung, daß nach Beschluß des Reichsrats vom 7. Juli 1921 die Prüfungsordnungen den Prüfungskandidaten in Zukunft nicht mehr ausgehändigt, sondern in geeigneten Räumen zur Einsicht ausgelegt werden. Demzufolge fallen § 10 Abs. 1 Satz 2 und § 27 Abs. 1 der Prüfungsordnung für Aerzte, § 10 Abs. 1 Satz 2 und § 28 Abs. 1 der Prüfungsordnung für Zahnärzte und § 7 Satz 2 und § 18 Abs. 1 der Prüfungsordnung für Apotheker fort.

Außerdem hat § 55 Abs. 2 der Prüfungsordnung für Aerzte folgenden Zusatz erhalten: „Der Bescheinigung über die Zulassung zum Praktischen Jahre werden die Bestimmungen des § 63 Abs. 1 als Anmerkung beigegeben."

Einsendung von Tabellenvordrucke für Krankenanstalten an das Statistische Landesamt. Runderlaß des Ministers für Volkswohlfahrt vom 30. August 1921 — I M I Nr. 2114 — an sämtliche Herren Regierungspräsidenten.

Bestimmung, daß künftig die durch Landesausschuß vom 12. Dez. 1901 festgestellten Tabellenvordrucke statt der bisherigen Zählkarten einzusenden sind. Die Vorschriften über Einsendung der Veränderungsnachweise vom 29. Januar 1918 bleiben dagegen weiter in Geltung.

Neuauflage des Krebsmerkblattes. Runderlaß des Ministers für Volkswohlfahrt vom 10. August 1921 — I M III Nr. 1367 — an sämtliche Herren Regierungspräsidenten.

Mitteilung, daß das vom Deutschen Zentralkomitee zur Erforschung und Bekämpfung der Krebskrankheit herausgegebene Krebsmerkblatt in neuer vollständig veränderter Auflage herausgegeben ist und von dessen Geschäftsstelle (Berlin NW. 6, Luisenstraße 9) bezogen werden kann (Preis 20 Pf., bei Abnahme von mehr als 100 Stück: 15 Pf., mehr als 1000 Stück: 10 Pf.).

Verwaltung einer Apotheke durch die Hinterbliebenen des bisherigen Konzessionsinhabers. Rund-Erlaß des Ministers für Volkswohlfahrt vom 28. Juli 1921 — I M II 2363 — an sämtliche Herren Oberpräsidenten und Regierungspräsidenten.

In einer Entscheidung vom 14. April 1921, die eine konzessionierte Apotheke betraf, hat das Oberverwaltungsgericht zu der bisher strittigen Frage Stellung genommen, ob das Vorrecht der Witwe und der minderjährigen Kinder eines Apothekers, die Apotheke während des Witwenstandes bezw. bis zur Großjährigkeit der Kinder durch einen qualifizierten Stellvertreter verwalten zu lassen, nur dann wirksam wird, wenn schon zu Lebzeiten des Ehemannes bezw. des Vaters die Apotheke behördlich abgenommen oder ihr Betrieb eröffnet worden war. In dem zur Entscheidung des Oberverwaltungsgerichts gelangten Falle beanspruchte die Witwe eines Apothekers dieses Vorrecht, nachdem der Ehemann nach Verleihung der Apothekenkonzession, aber vor der Eröffnung der von ihm zur behördlichen Abnahme angemeldeten Apotheke verstorben war. In dem Urteil wird die Frage offen gelassen, ob in diesem Falle die Reichsgewerbeordnung (§ 46) oder das partikularrechtliche Sonderrecht des Apothekengewerbes (hier § 4 Titel I der revidierten Apothekerordnung vom 11. Oktober 1801 und die Kabinettsorder vom 30. Juni 1894) für die Entscheidung maßgebend sei. Denn sowohl bei Anwendung des § 46 der Reichsgewerbeordnung, als auch unter Zugrundelegung des § 4 Titel 1 der revidierten Apothekerordnung — letzterenfalls für konzessionierte Apotheken mindestens seit der Kabinettsorder vom 30. Juni 1894 — setze das Vorrecht der Witwe oder der minderjährigen Kinder lediglich die Konzessionsverleihung an den Ehemann bezw. Vater voraus, es sei also nicht an weitere Bedingungen, insbesondere nicht an die Betriebseröffnung der Apotheke zu Lebzeiten des verstorbenen Konzessionsempfängers, geknüpft.

Ich ersuche ergebenst, diese Entscheidung künftig zu beachten.

B. Sachsen.

Vordrucke für die ärztlichen Anzeigen bei ansteckenden Krankheiten und Meldekarten sowie ärztlichen Anzeigen bei Tuberkulose. Verordnung des Ministeriums des Innern vom 25. August 1921.

Unter Abänderung des mit der Verordnung vom 2. März 1890 — zu 290 II M — eingefürten Vordrucks für die ärztlichen Anzeigen bei ansteckenden Krankheiten sind vom 1. Oktober 1921 ab von den Amtshauptmannschaften und Stadträten in Städten mit revidierter Städteordnung für die ärztlichen Anzeigen bei anzeigepflichtigen ansteckenden Krankheiten nur noch die neuen Vordrucke abzugeben, die den Kreishauptmannschaften zur Verteilung an die Amtshauptmannschaften und Stadträte in Städten mit revidierter Städteordnung alsbald zugehen werden. Es soll jedoch nachgelassen sein, die bisherigen alten Vordrucke aufzubrauchen. Insoweit die Amtshauptmannschaften in Frage kommen, sind deshalb die Ortspolizeibehörden zu veranlassen, die etwa bei ihnen noch vorhandenen alten Vordrucke bis 30. September 1921 an die zuständige Amtshauptmannschaft abzugeben, die sie in gleicher Weise wie die neuen Vordrucke unter Freimachung mit Dienstmarken und Anbringung des Dienststempels an die Aerzte zu verabfolgen hat. Die gleiche Abgabe etwa noch vorhandener alter Vordrucke kann durch die Stadträte in Städten mit revidierter Städteordnung erfolgen. Auch soll es diesen nachgelassen sein, etwa von ihnen eingeführte besondere Anzeigevordrucke noch aufzubrauchen. Die Freimachung aller Vordrucke hat unter Anbringung des Dienststempels durch die Amtshauptmannschaften, in Städten mit revidierter Städteordnung durch die Stadträte zu erfolgen. Weitere, nicht freigemachte Vordrucke können jederzeit kostenlos von der Kanzlei des Ministeriums des Innern, IV. Abteilung, Dresden-A., Seestraße 18, II., bezogen werden.

Den Vorrat an Meldekarten für Tuberkulosetodesfälle und Vordrucken für Anzeigen über Erkrankung an Tuberkulose, den die Bezirksärzte am 30. September 1921 noch besitzen, haben sie an die Amtshauptmannschaft ihres Amtssitzes abzuliefern. Im übrigen gilt für die Freimachung dieser Anzeigen und den Bezug weiter benötigter Anzeigen und Meldekarten das unter I Gesagte.

Die Bezirksärzte wollen wegen der dem Staate und den Gemeinden erwachsenden Postgeldunkosten dauernd ihr Augenmerk darauf richten, daß die freigemachten Vordrucke nur genau nach der Anweisung verwendet werden.

Die Herren Aerzte werden ersucht, die noch in ihrem Besitze befindlichen alten Anzeigevordrucke in Städten mit revidierter Städteordnung an den Stadtrat, im übrigen an die zuständige Amtshauptmannschaft abzugeben zwecks Freimachung mit Dienstmarken und Anbringung des Dienststempels.

C. Lippe.

Dienststellung der Kreisärzte. Gesetz vom 18. Juli 1921.

§ 1. Zur Durchführung des gesamten Gesundheits- und Fürsorgewesens in Lippe werden Kreisärzte im Hauptamte angestellt.

§ 2. Der Kreisarzt ist der staatliche Gesundheitsbeamte, der Fürsorgearzt und der Schularzt seines Kreises.

Er ist der technische Berater der unteren Verwaltungsbehörden, welche seine Tätigkeit in jeder Weise zu fördern und zu unterstützen haben, und Mitglied der Pflegeausschüsse seines Kreises.

Den Polizeibehörden verbleiben die ihnen nach den gesetzlichen Bestimmungen zustehenden Befugnisse in Angelegenheiten des Gesundheitswesens.

§ 3. Der Kreisarzt ist dem Direktor des Landeswohlfahrtsamtes unmittelbar unterstellt. Seine Vertretung in Verhinderungsfällen oder bei Erledigung einer Stelle wird von diesem geregelt.

§ 4. Die Anstellung als Kreisarzt erfordert:

1. den Nachweis der Approbation als Arzt,
2. den Erwerb der medizinischen Doktorwürde bei einer deutschen Universität
3. das Bestehen der preußischen oder einer anderen deutschen staatsärztlichen Prüfung, deren Gleichberechtigung von dem Lippischen Landespräsidium anerkannt wird,
4. den Nachweis einer erfolgreichen Tätigkeit als Kreisassistenzarzt oder einer ihr gleichzuachtenden Tätigkeit.

§ 5. Der Kreisarzt wird planmäßig angestellt und bezieht ein festes Diensteinkommen. Besondere Gebühren stehen ihm nur auf vertrauensärztlicher Tätigkeit zu.

Anstelle von Tagegeldern und Reisekosten für Dienstreisen in Lippe kann den Kreisärzten eine Pauschsumme gewährt werden.

Den Kreisärzten wird entweder ein Büro zur Verfügung gestellt, oder es wird ihnen eine angemessene Entschädigung für Bürokosten gewährt.

Die Ausübung der ärztlichen Privatpraxis gegen Entgelt mit Ausnahme von Fällen dringender Gefahr und von Beratungen mit anderen Aerzten ist den Kreisärzten untersagt. Vertrauensärztliche Tätigkeit wird den Kreisärzten nur insoweit gestattet, als ihre amtliche Tätigkeit nicht darunter leidet. Die Entscheidung über die Zulässigkeit trifft das Landeswohlfahrtsamt.

§ 6. Dem Kreisarzt wird ein bestimmter Amtsbezirk überwiesen, Die Festsetzung des Bezirks und des Amtssitzes erfolgt durch das Landespräsidium.

§ 7. Zur Entlastung des Landeswohlfahrtsamtes und der Kreisärzte und zur ordnungsmäßigen Durchführung der Gesundheitspflege und des gesamten Fürsorgewesens werden nach Bedarf Kreisassistenzärzte angestellt.

Sie werden mit Zustimmung des Landespräsidiums vom Landeswohlfahrtsamte dort eingesetzt, wo es notwendig erscheint. Sie können auch mit der selbständigen Vertretung der Kreisärzte in einzelnen Bezirken betraut werden.

Sie übernehmen damit für diesen Bezirk dieselben Rechte und Pflichten wie die Kreisärzte.

Die Kreisassistenzärzte müssen zur Anstellung dieselben Vorbedingungen erfüllen, wie sie für die Anstellung der Kreisärzte vorgesehen sind mit Ausnahme der Bestimmung in § 4 Ziffer 4 des Gesetzes.

Die Kreisassistenzärzte werden widerruflich auf Privatdienstvertrag angestellt.

Ueber die Ausübung ärztlicher Privatpraxis und vertrauensärztlicher Tätigkeit gelten dieselben Bestimmungen, wie für die Kreisärzte.

§ 8. Der Kreisarzt hat insbesondere die Aufgabe

1. die gesundheitlichen Verhältnisse seines Kreises zu beobachten und auf die Bevölkerung aufklärend und belehrend zu wirken,
2. die Durchführung der Gesundheits- und Fürsorgegesetzgebung und aller hierauf bezüglichen Anordnungen zu überwachen, selbst befruchtend und anregend zu wirken und mit allen Kräften die Durchführung der Wohlfahrtspflege zu betreiben, Heilanstalten und anderweitige Einrichtungen im Interesse des Gesundheitswesens zu beaufsichtigen. Auch hat er über das Apotheken-, Drogen und Hebammenwesen, über die Krankenpflegepersonen, Heilgehilfen und anderes Hilfspersonal des Fürsorge- und Gesundheitswesens und die Heilkundigen die Aufsicht zu führen. Hebammen, Krankenpflegepersonen, Heilgehilfen und das gesamte Hilfspersonal des Fürsorge- und Gesundheitswesens sind ihm in technischer Hinsicht unterstellt.
3. Auf Erfordern der zuständigen Lippischen Staats- und Kommunalbehörden in Angelegenheiten des Gesundheits- und Fürsorgewesens sich gutachtlich zu äußern, auf Erfordern Untersuchungen von Personen vorzunehmen und Gutachten über deren Gesundheitszustand zu erstatten, an den Sitzungen der Gemeindebehörden auf Ersuchen dieser Körperschaften oder ihrer Vorsitzenden mit beratender Stimme teilzunehmen.
4. Den zuständigen Behörden Vorschläge zur Abstellung von Mängeln zu machen und für die öffentliche Gesundheitspflege und Fürsorge dienliche Maßnahmen in Anregung zu bringen, auf deren Durchführung hinzuwirken und sie zu überwachen.

Im übrigen wird der Dienst der Kreisärzte durch eine vom Landeswohlfahrtsamte mit Genehmigung des Landespräsidiums zu erlassende Dienstanweisung geregelt.

§ 9. Die Polizeibehörden müssen vor dem Erlaß von Polizeiverordnungen und sonstigen allgemeinen Anordnungen, welche das Gesundheits- und Fürsorgewesen betreffen, den Kreisarzt hören.

Bei Meinungsverschiedenheiten entscheidet die Regierung nach Anhören des Landeswohlfahrtsamtes.

§ 10. Der Kreisarzt ist der Gerichtsarzt und öffentliche amtliche Sachverständige seines Kreises.

Die ihm aus dieser Tätigkeit zufließenden Gebühren, mit Ausnahme der Tage- und Kilometergelder, hat er an die Staatskasse abzuführen.

§ 11. Dem Kreisarzt stehen zur Durchführung seiner Aufgaben die Pflegeausschüsse zur Seite. Sie haben zugleich als Gesundheitsausschüsse zu gelten.

§ 12. Das Medizinalkollegium, die zurzeit bestehenden Kreisarzt-, Amtschirurg- (Amtswundarzt) und Armenarztstellen werden aufgehoben. Die Inhaber der Stellen, die nicht hauptamtlich angestellt werden, erhalten, soweit sie Anspruch darauf haben, Ruhegehalt, wobei ein Dienstalter unter 10 Jahren als Dienstalter von 10 Jahren angenommen wird.

§ 13. Ueber etwaige Beschwerden entscheidet das Landespräsidium endgültig.

§ 14. Die durch die Ausführung und Anwendung dieses Gesetzes entstehenden Ausgaben (§ 5) trägt die Landkasse.

§ 15. Durch dieses Gesetz werden alle entgegenstehenden Bestimmungen aufgehoben.

§ 16. Das Landeswohlfahrtsamt erläßt mit Genehmigung des Landespräsidiums die zur Ausführung dieses Gesetzes erforderlichen Bestimmungen.

§ 17. Der Zeitpunkt des Inkrafttretens dieses Gesetzes wird durch Verordnung des Landespräsidiums bestimmt.

Verantwortlich für die Schriftleitung: Prof. Dr. Rapmund, Geh. Med.-Rat in Lippspringe.
Druck von J. C. C. Bruns, Minden i. W.

Rechtsprechung u. Medizinal-Gesetzgebung

Beilage zur Zeitschrift für Medizinal-Beamte

Nr. 21. 5. November. 1921.

Rechtsprechung.

Die Wahrnehmung der gesundheitspolizeilichen Aufgaben ist auch in Impfsachen Aufgabe der Ortspolizei. Eine Aenderung der polizeilichen Zuständigkeit im Verwaltungswege, insbesondere eine Heranziehung der Befugnisse nachgeordneter Polizeistellen durch die höheren Instanzen ist nicht zulässig. Durch die Polizei kann aber eine Nachprüfung eines privatärztlichen Zeugnisses durch den Impfarzt und eine zu diesem Zwecke erforderliche Vorführung des Impflings angeordnet werden. Entscheidung des Oberverwaltungsgerichts (III. Sen.) vom 13. Januar 1921.

Der Kläger hatte unter Ueberreichung eines ärztlichen Zeugnisses bei dem Landrat die Zurückstellung seines Sohnes von der Impfung beantragt, weil dieser an englischer Krankheit und schwerer erblicher skrophulöser Belastung leide und daher ohne Gefahr für Leben und Gesundheit nicht geimpft werden dürfe.

Der Landrat hatte dies Zeugnis nicht anerkannt und dem Kläger anheimgestellt, ein Zeugnis des zuständigen Impfarztes binnen 8 Tagen einzusenden, widrigenfalls die nachträgliche Vorführung des Kindes zur Impfung evtl. zwangsweise angeordnet werden würde. Wegen der unterlassenen Vorstellung des Impflings zum öffentlichen Impftermin wollte der Landrat beim Amtsanwalt Strafantrag stellen. Die Beschwerden des Klägers darüber beim Regierungspräsidenten und dann beim Oberpräsidenten wurden von diesen zurückgewiesen. Das Oberverwaltungsgericht gab dagegen der Klage statt, weil der Landrat zum Erlaß der streitigen Verfügung nicht zuständig, die Wahrnehmung der gesundheitspolizeilichen Aufgaben auch in Impfsachen Aufgabe der Ortspolizei sei.

Die angefochtene Verfügung wurde wegen fehlender Zuständigkeit aufgehoben, auf die Sache selbst aber nicht eingegangen. Gegenüber den Einwendungen des Klägers, daß durch das von ihm eingereichte Attest jeder „Zweifel" ausgeschlossen und ein zweifelhafter Fall im Sinne des § 2 Abs. 2 des Impfgesetzes nicht mehr gegeben sei, verweist das Oberverwaltungsgericht jedoch auf seine frühere Rechtsprechung, daß nicht jedes ärztliche Attest den Zweifel ausschließt, sondern daß für diese Frage objektive Momente maßgebend und vom Verwaltungsrichter nachzuprüfen sind (Entsch. d. O. V. G., Bd. 58, S. 285 und Bd. 61, S. 223 und 227; Stenglein, Strafrechtliche Nebengesetze, Impfgesetz § 2, Anm. 3; Deutsche Juristenzeitung Bd. 12, 7. Spruchsammlung S. 30, Urteil des O. L G. Dresden vom 27. August 1903). Hiermit steht im Einklange, wenn der beklagte Oberpräsident die Entscheidung des Impfarztes darüber herbeigeführt sehen will, ob die in dem privatärztlichen Zeugnisse bescheinigten, sehr verbreiteten Krankheiten — Rachitis und Skrophulose — einer Impfung hindernd entgegenstehen. Zur Begutachtung hierüber darf also eine Vorführung vor den Impfarzt polizeilich angeordnet und für den Fall, daß dieser die Zulässigkeit anerkennt, die Zwangsimpfung in Aussicht gestellt und vorgenommen werden (Entsch. d. O. V. G. Bd. 28, S. 344 und Bd. 70, S. 341).

Medizinal-Gesetzgebung.

A. Preußen.

Geschäftsordnung für den Landesgesundheitsrat. Bekanntmachung des Ministers für Volkswohlfahrt vom 25. September 1921.

§ 1. Der Landesgesundheitsrat besteht aus dem Präsidenten, dessen Stellvertreter und den Mitgliedern, die nach § 2 des Beschlusses vom 30. April 1921

(G.S. S. 369) über die Bildung eines Landesgesundheitsrats für Preußen von dem Staatsministerium auf fünf Jahre ernannt werden, ferner aus Sachverständigen, die zu den Verhandlungen des Landesgesundheitsrats und seiner Ausschüsse in besonderen Fällen von dem Präsidenten mit meiner Zustimmung zugezogen werden, sofern ihre Teilnahme von dem Landesgesundheitsrat, von einem seiner Ausschüsse oder von dem Präsidenten für zweckmäßig gehalten wird.

Die an den Verhandlungsgegenständen unmittelbar beteiligten Zentralbehörden des Reichs und Preußens sind zu den Sitzungen des Landesgesundheitsrats und seiner Ausschüsse einzuladen; ihre Vertreter haben wie die Sachverständigen (§ 3) beratende Stimme.

§ 2. Der Präsident hat, wenn ein Mitglied des Landesgesundheitsrats vor Ablauf seiner Amtszeit ausscheidet, zu prüfen, ob ein Vorschlag zur Ersatzbestellung gemacht werden soll und, wenn dies der Fall ist, an mich zu berichten.

§ 3. Die Sachverständigen werden im allgemeinen von Fall zu Fall bestellt; doch können sie auch für die ganze Amtszeit des Landesgesundheitsrats als Sachverständige für bestimmte Fragen allgemein ernannt werden.

§ 4. Der Präsident teilt die Mitglieder und Sachverständigen den Ausschüssen und Unterausschüssen für die Dauer ihrer Amtszeit zu. Die Zahl der Mitglieder eines Ausschusses soll 15 nicht übersteigen. Die Entscheidung über Ausnahmen behalte ich mir vor.

§ 5. Für die laufenden Geschäfte der Ausschüsse e) für die gerichtliche und soziale Medizin, sowie die gerichtliche Psychiatrie, und k) für die Prüfung der Aerzte zur Erlangung der Befähigung für die Anstellung als beamteter Arzt, wird je ein Unterausschuß gebildet, dessen Mitglieder und Arbeitsgebiete der Präsident bestimmt.

§ 6. Die Mitglieder des Landesgesundheitsrats und die zugezogenen Sachverständigen erhalten Gebühren, Anwesenheitsgelder oder Reisekosten nach der in der Anlage beigefügten Anweisung des Ministers für Volkswohlfahrt, des Justizministers und des Finanzministers.

§ 7. Die Büro- und Schreibarbeiten des Landesgesundheitsrats werden nach einem von dem Präsidenten zu regelnden Geschäftsgange in dem Büro des mir unterstellten Ministeriums unter der Leitung eines besonderen Beamten mit Hilfe des erforderlichen Personals erledigt.

Die Auszahlung der Gebühren, Anwesenheitsgelder oder Reisekosten, sowie der Beträge für die Büro- und Schreibarbeiten erfolgt auf Grund des Haushalts des Ministeriums Kapitel 129 Titel 21a durch die Bürokasse des Ministeriums auf Anweisung des Präsidenten oder seines Stellvertreters.

Die Zahlungsanweisungen über die Gebühren, Anwesenheitsgelder oder Reisekosten sind durch den Leiter des Büros des Landesgesundheitsrats sofort nach Fälligkeit aufzustellen und dem Präsidenten zur Anweisung vorzulegen.

Am Schluß des Rechnungsjahres ist mir eine Abrechnung einzureichen.

§ 8. Die Aufnahme der Niederschrift hat mit Hilfe des erforderlichen Kanzleipersonals durch ein ärztliches Mitglied der Ministerialabteilung für Volksgesundheit zu erfolgen, dessen Ernennung ich mir zunächst selbst vorbehalte.

§ 9. Die Gegenstände für die Verhandlungen im Landesgesundheitsrat gehen dem Präsidenten entweder von mir oder von einzelnen Mitgliedern oder von der Gesamtheit des Landesgesundheitsrats selbst zu.

Das Ersuchen von Behörden um Verhandlungen und Begutachtungen im Landesgesundheitsrat ist an mich zu richten. Dem Ersuchen von Gerichtsbehörden um Erstattung ärztlicher Gutachten ist nur stattzugeben, wenn bereits ein anderes Gutachten vorliegt. Auch in diesen Fällen bleibt vorbehalten, zunächst den gerichtsärztlichen Ausschuß einer Provinz mit der Begutachtung zu beauftragen, falls ein solcher Ausschuß noch nicht gehört worden ist.

Die Entscheidung darüber, ob dem Ersuchen auf Beratung oder Begutachtung von seiten einer nicht behördlichen Stelle oder von einem Mitglied des Landesgesundheitsrats stattzugeben ist, trifft der Präsident. Gegen seine Entscheidung ist die Berufung an mich zulässig.

Verlangt mehr als die Hälfte der Mitglieder eines Ausschusses die Einberufung des Ausschusses zur Verhandlung über einen bestimmten Gegenstand und zu einer bestimmten Zeit, so hat der Präsident diesem Ersuchen zu entsprechen, oder die Angelegenheit meiner Entscheidung zu unterbreiten.

§ 10. Wird nicht die Einberufung des Landesgesundheitsrats in seiner Gesamtheit angeordnet (§ 6 des Beschlusses vom 30. April 1921), so bestimmt der Präsident den zuständigen Ausschuß oder Unterausschuß.

§ 11. Der Präsident bestellt, soweit erforderlich, für die Verhandlungsgegenstände aus der Zahl der Mitglieder oder Sachverständigen Berichterstatter und Mitberichterstatter. Der Berichterstatter und Mitberichterstatter haben dem Präsidenten auf dessen Ersuchen einen schriftlichen Bericht mit Leitsätzen, gegebenenfalls mit bestimmten Anträgen für die Beschlußfassung vorzulegen.

§ 12. Nach Eingang der schriftlichen Berichte bestimmt der Präsident Zeit, Ort und Plan der Beratung und erläßt die schriftliche Einladung in der Regel zwei Wochen vorher unter Mitteilung der Verhandlungsgegenstände, nötigenfalls auch der schriftlichen Berichte, Leitsätze und Anträge, an die Mitglieder und Sachverständigen.

§ 13. Die Tagung des Landesgesundheitsrats in seiner Gesamtheit ist öffentlich. Soll für die ganze Sitzung oder für einen Teil der Sitzung die Oeffentlichkeit ausgeschlossen werden, so hat der Präsident die Zustimmung der Versammlung (Mehrheitsbeschluß) einzuholen.

Die Sitzungen der Ausschüsse sind nicht öffentlich.

§ 14. Der Präsident oder sein Stellvertreter oder ein von dem Präsidenten bestelltes Ausschußmitglied leiten die Sitzung. In dieser tragen zunächst die Berichterstatter ihre Berichte vor; dann werden diese oder die Leitsätze oder die Anträge zur Beratung gestellt. Abänderungsanträge sind dem Leiter schriftlich zu übergeben.

§ 15. Wird Einigung über die Leitsätze oder Anträge nicht erzielt, so ist eine Abstimmung der Mitglieder herbeizuführen, in der die Mehrheit der Abstimmenden entscheidet. Stimmengleichheit gilt als Ablehnung.

§ 16. Wenn die Minderheit mehr als ein Drittel der anwesenden Mitglieder umfaßt, so muß ihr Votum auf Antrag in die Niederschrift aufgenommen werden.

Gebühren, das Anwesenheitsgeld und Reisekosten der Mitglieder des Landesgesundheitsrats. Anweisung der Minister für Volkswohlfahrt, der Justiz und der Finanzen vom 25. September 1921.

Auf Grund des § 11 des Beschlusses des Staatsministeriums vom 30. April 1921 (G. S. S. 369) über die Bildung des Landesgesundheitsrats für Preußen bestimmen wir folgendes:

Die Mitglieder des Landesgesundheitsrats mit Ausnahme der unmittelbaren Staatsbeamten, bei denen die Mitgliedschaft in unmittelbarem Zusammenhang mit ihrem Hauptamt steht, sowie die zugezogenen Sachverständigen, erhalten:

1. für ihre im Auftrage des Präsidenten erledigten Verrichtungen Gebühren nach den Vorschriften des Gesetzes betreffend die Gebühren der Medizinalbeamten vom 14. Juli 1909 (G. S. S. 625) und der dazu ergangenen Erlasse vom 11. März 1920 (G. S. S. 78) und vom 20. Dezember 1920 (G. S. S. 542) mit der Maßgabe, daß für die im § 2 Satz 2 der allgemeinen Bestimmungen des Tarifs für die Gebühren der Kreisärzte vorgesehenen Überschreitungen der Höchstgebühr die Zustimmung des Präsidenten des Landesgesundheitsrats erforderlich ist.

2. Für die Teilnahme an den Sitzungen des Landesgesundheitsrats, der Ausschüsse oder der Unterausschüsse in ihrem Wohnort ein Anwesenheitsgeld von 50 Mark, außerhalb ihres Wohnorts die den Regierungs- und Medizinalräten zustehenden Reisekosten.

Den im zweiten Absatze des § 1 der Geschäftsordnung für den Landesgesundheitsrat bezeichneten Vertretern der Reichs- und preußischen Zentralbehörden stehen Anwesenheitsgelder oder Reisekosten nicht zu.

Bildung Gerichtsärztlicher Ausschüsse in den Provinzen. Ausführungsanweisung des Ministers für Volkswohlfahrt vom 25. September 1921.

1. Gerichtsärztliche Ausschüsse werden errichtet

für die Provinz	Ostpreußen	in Königsberg,
„ „ „	Pommmern	„ Stettin,
„ „ Stadt	Berlin	„ Berlin,
„ „ Provinz	Brandenburg (mit Ausnahme der Stadt Berlin)	„ Berlin,
„ „ „	Niederschlesien	„ Breslau,
„ „ „	Sachsen	„ Magdeburg,
„ „ „	Schleswig-Holstein	„ Kiel,
„ „ „	Hannover	„ Hannover,
„ „ „	Westfalen	„ Münster,
„ „ „	Hessen-Nassau	„ Cassel,
„ „	Rheinprovinz und den Regierungsbezirk Sigmaringen	„ Coblenz.

Der Gerichtsärztliche Ausschuß in Breslau ist bis auf weiteres auch für die Provinz Oberschlesien, der Gerichtsärztliche Ausschuß in Königsberg auch für das bei Preußen verbliebene östlich des polnischen Korridors belegene Gebiet Westpreußens, der Gerichtsärztliche Ausschuß in Stettin auch für die Grenzmark Posen-Westpreußen zuständig.

2. Die gemäß § 1 des Beschlusses des Preußischen Staatsministeriums vom 30. April 1921 von dem Gerichtsärztlichen Ausschuß auszuübende gutachtliche Tätigkeit im Fache der gerichtlichen Medizin besteht in der Prüfung der bei gerichtlichen Gemütszustands- und Leichenuntersuchungen aufgenommenen Verhandlungen und Gutachten und in der Beurteilung gerichtlich-medizinischer Fälle zu dem Zweck:

a) die Gutachter und Sachverständigen bei ihren gerichtlichen Verhandlungen und Gutachten wissenschaftlich zu fördern,

b) den nachteiligen Einflüssen erheblicher Irrtümer und Versehen auf das gerichtliche Verfahren möglichst vorzubeugen.

3. Die Prüfung der gerichtlichen Gemütszustands- und Leichenuntersuchs-Verhandlungen hat nach Vorschrift der Rundverfügungen vom 15. Februar 1877 (Min. Bl. der inneren Verw. S. 70) und 9. Februar 1882 (Min. Bl. der inneren Verw. S. 29) zu erfolgen. Zur Verminderung des Schreibwerks ist von dem Vorsitzenden des Gerichtsärztlichen Ausschusses durch Vereinbarung mit den Generalstaatsanwälten darauf hinzuwirken, daß in geeigneten Fällen (z. B. bei Einstellung des Verfahrens) die Urschriften der Verhandlungen den Regierungspräsidenten gegen Rückgabe zu den Gerichtsakten übersandt und in diesen Fällen von der Anfertigung bebesonderer Abschriften der Leichenöffnungsverhandlungen abgesehen wird. Die getroffene Vereinbarung ist den Regierungspräsidenten von dem Vorsitzenden des Gerichtsärztlichen Ausschusses mitzuteilen.

4. Zur Beurteilung einzelner gerichtlich-medizinischer Fälle ist der Gerichtsärztliche Ausschuß regelmäßig erst dann zuständig, wenn bereits ein Gutachten eines anderen gerichtsärztlichen Sachverständigen in der Sache erstattet und ein gerichtlicher Beweisbeschluß ergangen ist. Außer in Straf- und Entmündigungssachen kann der Gerichtsärztliche Ausschuß auch in bürgerlichen Rechtsstreitigkeiten und in Disziplinarverfahren als Gutachter in Anspruch genommen werden. Im Zweifelsfalle wird über die Zulässigkeit der Inanspruchnahme durch gemeinschaftlichen Erlaß der Minister der Justiz und für Volkswohlfahrt endgültig entschieden.

Der Gerichtsärztliche Ausschuß hat ferner in den ihm vom Minister für Volkswohlfahrt aufgetragenen Fällen Gutachten zu erstatten.

5. Das ständige Mitglied des Gerichtsärztlichen Ausschusses und die ärztlichen Sachverständigen werden von dem Minister für Volkswohlfahrt für einen fünfjährigen Zeitraum ernannt.

Vor der Ernennung der ärztlichen Sachverständigen ist die Aerztekammer der Provinz zu hören.

Das dritte Mitglied wird in jedem einzelnen Falle von dem Vorsitzenden aus den ernannten ärztlichen Sachverständigen bestimmt.

Der Vorsitzende wird durch den Oberpräsidenten, die Mitglieder werden durch den Vorsitzenden bei ihrer Einführung mittels Handschlages an Eides Statt auf gewissenhafte Erfüllung ihrer Amtspflichten, insbesondere auf amtliche Verschwiegenheit verpflichtet. Der Vorsitzende und ebenso vor Ablauf der fünfjährigen Ernennungszeit das ständige Mitglied scheiden aus dem Gerichtsärztlichen Ausschuß beim Ausscheiden aus dem im § 2 des Beschlusses des Preußischen Staatsministeriums vom 30. April 1921 bezeichneten Hauptamte aus. Die ernannten ärztlichen Sachverständigen scheiden aus dem Gerichtsärztlichen Ausschuß aus, sobald sie in eine andere Provinz verziehen.

Scheidet ein Mitglied des Gerichtsärztlichen Ausschusses aus, so hat der Oberpräsident zu prüfen, ob eine Ersatzbestellung notwendig ist, und gegebenenfalls an den Minister für Volkswohlfahrt zu berichten. Vor der Ersatzbestellung eines ärztlichen Sachverständigen ist die Aerztekammer der Provinz zu hören.

6. Die Gutachten des Gerichtsärztlichen Ausschusses sind stets von zwei durch den Vorsitzenden zum Berichterstatter und Mitberichterstatter zu bestimmenden Mitgliedern vorzubereiten. Für die Beurteilung besonders wichtiger Gutachten kann der Vorsitzende zwei Berichterstatter mit der Ausarbeitung je eines besonderen, von dem anderen unabhängigen Gutachtens beauftragen.

Der Berichterstatter hat eine vollständige, übersichtliche und zusammenhängende, dem Akteninhalt entsprechende Darstellung des Tatbestandes auszuarbeiten, sofern eine solche nicht bereits in einem der Vorgutachten enthalten ist und auf diese Darstellung Bezug genommen werden kann. Dieser Darstellung (Geschichtserzählung) hat er ein schriftliches Gutachten unter eingehender, auch für Nichtmediziner verständlicher Ausführung der Gründe anzufügen und am Schluß das Gutachten und die Antwort auf die gestellten Fragen in bestimmter Fassung in Vorschlag zu bringen. Geschichtserzählung und Gutachten sind in der Form auszuarbeiten, daß die Arbeit als Entwurf für das Gutachten des Gerichtsärztlichen Ausschusses benutzt werden kann.

Geschichtserzählung und Gutachten werden dem Mitberichterstatter zusammen mit den Vorverhandlungen zugestellt. Der Mitberichterstatter unterzieht sie einer eingehenden Prüfung. Im Falle vollständigen Einverständnisses genügt seine Mitvollziehung der Arbeit des Berichterstattung. Fassungsänderungen oder Aenderungen, welche zwar sachlicher Art, aber von geringerer Erheblichkeit sind, können von dem Mitberichterstatter am Rande des Gutachtens vorgeschlagen werden. Stimmt der Mitberichterstatter dem vom Berichterstatter vorgeschlagenen Gutachten nicht bei, oder hält er erhebliche Aenderungen in der Begründung für erforderlich, so hat er seine Abänderungsvorschläge in einem besonderen Schriftsatze eingehend darzulegen und zu begründen. Darauf hat er die Sache mit den Akten dem Vorsitzenden des Gerichtsärztlichen Ausschusses wieder zuzuleiten.

Die Erstattung der Gutachten erfolgt hiernach in der Regel im Wege des schriftlichen Verkehrs zwischen dem Vorsitzenden und den Mitgliedern. Wenn Einverständnis der Berichterstatter von vornherein besteht oder nachträglich erzielt ist, oder wenn nur Fassungsänderungen oder Aenderungen von geringerer sachlicher Erheblichkeit an dem Entwurf des Gutachtens vorzunehmen sind, so gilt das Gutachten als angenommen, sofern auch der Vorsitzende seinerseits keine Einwendungen zu erheben hat. Das Gutachten ist alsdann nach seiner Unterzeichnung durch den Vorsitzenden mit den Vorgängen dem ersuchenden Gericht usw. zuzusenden. Bei erheblichen Meinungsverschiedenheiten der Berichterstatter oder bei einer Beanstandung des Gutachtens durch den Vorsitzenden ist stets die Beschlußfassung in einer Sitzung des Gerichtsärztlichen Ausschusses erforderlich.

7. Die Sitzungen des Gerichtsärztlichen Ausschusses finden nach Bedarf, im allgemeinen in etwa halbjährigen Zeiträumen, statt. Sie sind nicht öffentlich.

Zur Anberaumung von Sitzungen hat der Vorsitzende unter Vorlage eine Entwurfs der Tagesordnung die Genehmigung des Oberpräsidenten einzuholen. Die beteiligten Mitglieder sind demnächst rechtzeitig, in der Regel mit vierzehntägiger Frist, unter Beifügung einer Tagesordnung zur Sitzung einzuladen. In der Sitzung haben die beteiligten Berichterstatter ihre Gutachten vorzutragen. Die Beschlüsse werden durch Stimmenmehrheit gefaßt.

Die in der Sitzung beschlossenen Gutachten werden von dem Vorsitzenden und den Sitzungsteilnehmern vollzogen und demnächst der ersuchenden Stelle mit den Vorgängen zugesandt.

Der Vorsitzende hat in den Sitzungen des Gerichtsärztlichen Ausschusses mit Hilfe einer Schreibkraft eine Verhandlungsniederschrift aufzunehmen, die Niederschrift muß den wesentlichen Inhalt der Beratungen und den Wortlaut der Beschlüsse enthalten.

8. Der Vorsitzende hat darauf hinzuwirken, daß der durch die Sitzungen des Gerichtsärztlichen Ausschusses der Staatskasse erwachsende Kostenaufwand möglichst niedrig gehalten wird.

9. Die Mitglieder des Gerichtsärztlichen Ausschusses erhalten für die Erstattung von Gutachten Gebühren nach Maßgabe des Gebührentarifs für Medizinalbeamte vom 14. Juli 1909 / 30. Dezember 1920. Die Entscheidung über die Bewilligung der über die Mindestsätze des Tarifs hinausgehenden Gebührenforderungen trifft der Oberpräsident.

Ferner erhalten die am Sitze des Gerichtsärztlichen Ausschusses wohnenden Mitglieder für die Teilnahme an jeder Sitzung Anwesenheitsgelder im Betrage von 50 Mark. Die außerhalb wohnenden Mitglieder erhalten Reisekosten nach den für die Regierungs- und Medizinalräte vorgeschriebenen Sätzen. Die Gebühren, Anwesenheitsgelder und Reisekosten weist der Oberpräsident an, und zwar auf den ihm für den Gerichtsärztlichen Ausschuß überwiesenen Fonds.

10. Die für Gutachten in Strafsachen und bürgerlichen Rechtsstreitigkeiten erwachsenden Gebühren sind nicht auf den Fonds des Gerichtsärztlichen Ausschusses zu übernehmen, sondern dem ersuchenden Gericht in Rechnung zu stellen und von diesem an die Gutachter unter Uebernahme auf die Prozeßkosten zu zahlen.

11. Die Büro- und Schreibarbeiten des Gerichtsärztlichen Ausschusses werden nach näherer Anweisung des Oberpräsidenten durch die diesem zur Verfügung stehenden Beamten erledigt.

Maßnahmen gegen die Rattenplage. Rund-Erlaß des Ministers für Volkswohlfahrt vom 14. September 1921 — I M III 2020 — an sämtliche Herren Regierungspräsidenten.

Die allgemeinen Aufgaben der Gesundheitspflege, insbesondere aber auch die von Osten aus Rußland drohende Pestgefahr macht es dringend notwendig, der Rattenplage, die an verschiedenen Orten einen erheblichen Umfang angenommen hat, besondere Aufmerksamkeit zuzuwenden und auf eine Vernichtung der Ratten hinzuwirken. Ich ersuche ergebenst, die erforderlichen Anordnungen gefälligst sogleich zu treffen. Wegen der einzelnen Vertilgungsmittel verweise ich auf die durch Erlaß vom 4. März 1915 — M 10517 — übersandte Druckschrift aus dem Reichsgesundheitsamte „Die Rattenvertilgung“ (Ministerialblatt für Medizinalangelegenheiten 1915 S. 141). Ueber die angewendeten Verfahren und die erzielten Ergebnisse sehe ich kurzem Berichte zum 1. Januar 1922 entgegen.

Aufklärungsschrift über Geschlechtskrankheiten „Der Feind im Hause“. Rund-Erlaß des Ministers für Volkswohlfahrt vom 16. Sept. 1921 — I M III 1736 — an sämtliche Herren Regierungspräsidenten.

Der Deutsche Verein für ländliche Wohlfahrts- und Heimatpflege zu Berlin SW. 11, Bernburgerstraße 13, macht darauf aufmerksam, daß die in seinem Auftrage herausgegebene Aufklärungsschrift über Geschlechtskrankheiten „Der Feind im Hause“ sich sehr gut eigne, um gerade in Dorf und Kleinstadt der Verbreitung der Geschlechtskrankheiten entgegenzuwirken.

Das Heftchen enthält in seinem ersten Teil in gedrängter und allgemeinverständlicher Darstellung eine Uebersicht über die Verbreitung und Gefährlichkeit der Geschlechtskrankeiten sowie über ihre verderbliche Wirkung für den einzelnen und die Familie. Der zweite Abschnitt beschäftigt sich mit den verschiedenen Arten dieser Volksseuche, bekämpft die weitverbreitete Sorglosigkeit der davon Befallenen, redet reger Inanspruchnahme der bestehenden Beratungsstellen und vermehrter häuslicher Sorgfalt und Zucht das Wort und gibt Winke für die Heilung. Der Preis der Schrift stellt sich bei unmittelbarem Bezug durch den obengenannten Verein ohne Rücksicht auf die Höhe

der Bestellung auf je 1,50 M. nebst Postgebühr, bei Bezügen von mehr als 500 Stück treten folgende Staffelsätze ein: bis 1000 Stück 1,45 M., von 1000 Stück an 1,40 M., von 3000 Stück an 1,35 M. und von 5000 Stück an 1,30 M. nebst Postgebühr.

Ich ersuche ergebenst, die Kreisärzte auf die Schrift aufmerksam zu machen und sie zu veranlassen, sie den Beratungsstellen für Geschlechtskranke zu empfehlen.

Herstellung der Arzneimittel nach dem Deutschen Arzneibuch in den Apotheken. Rund-Erlaß des Ministers für Volkswohlfahrt am 5. August 1921 an sämtliehe Herren Regierungspräsidenten.

Für die Herstellung von Arzneimitteln sind, solange infolge des Krieges an gewissen Rohstoffen ein erheblicher Mangel bestanden hat, Abweichungen von den Vorschriften des Deutschen Arzneibuches in ziemlich weitem Umfang gestattet worden. Zu einer Fortsetzung dieser stillschweigenden Duldung von Ersatzmitteln liegt, da mit Ausnahme von Xeres- und Süd-Süßwein wohl alle Arzneimittel wieder in genügender Menge erhältlich sind, keine Veranlassung vor. Auch die Beschaffung von Talg, Speiseölen und Schmalz für Arzneizwecke begegnet, nachdem diese Stoffe freigegeben sind, keinen Schwierigkeiten mehr.

Zum Zwecke der Herbeiführung regelrechter Verhältnisse in der Arzneimittelversorgung ersuche ich unter Bezugnahme auf den Erlaß vom 16. Mai 1916 um Anweisung der Apothekenbesitzer, in Zukunft wieder nach den im Deutschen Arzneibuch 5. Ausgabe gegebenen Bereitungsvorschriften zu verfahren, auch bitte ich, die dortigen pharmazeutischen Bevollmächtigten zu den Apothekenbesichtigungen gefälligst entsprechend zu benachrichtigen. Daß die Preise der in Betracht kommenden Arzneimittel dadurch eine Verteuerung erleiden werden, ist nicht anzunehmen; denn einerseits waren die Ersatzstoffe während des Krieges nicht wesentlich billiger als die ursprünglichen Stoffe, anderseits sind bei der Berechnung der Arzneitaxpreise nicht in allen Fällen die Preise für die Ersatzstoffe, sondern diejenigen der ursprünglichen Stoffe eingesetzt worden.

Zulassung der Zahntechniker zu den Krankenkassen. Rund-Erlaß vom 26. September 1921 — I M II 2368 — an die Oberversicherungsämter und Versicherungsämter, an alle Herren Regierungspräsidenten in Abschrift behufs Kenntnisnahme und Benachrichtigung der Kreisärzte mitgeteilt.

Durch Rundfrage hat sich ergeben, daß verschiedene Versicherungsämter Zahntechnikern Ausweise über die Zulassungsfähigkeit zur Krankenkassenpraxis erteilt haben, die in den in Betracht kommenden Vorschriften nicht vorgesehen sind. In Zukunft ersuche ich, in folgender Weise zu verfahren.

Die Anträge auf Zulassung als Zahntechniker zur Krankenkassenpraxis sind seitens der Krankenkassen zu stellen. Von ihnen sind die Unterlagen zu fordern, daß die in den Ministerialerlassen vom 2. Dezember 1913 — M 7789 — und vom 14. Oktober 1920 — I M II 2343 — verlangten Voraussetzungen für die Zulassung als Zahntechniker gegeben sind. Nach Anhörung des zuständigen Kreisarztes wird der antragstellenden Krankenkasse von dem Versicherungsamt Bescheid erteilt. Die Kassen sind anzuhalten, den Zahntechnikern eine schriftliche Nachricht über ihre Zulassung zur Kassentätigkeit zukommen zu lassen. Die Zahntechniker selbst erhalten von der Behörde eine solche Mitteilung nicht.

Hierbei nehme ich Gelegenheit, die Oberversicherungsämter und Versicherungsämter darauf hinzuweisen, daß sie sich mit den ergangenen Bestimmungen auf diesem Gebiete vertraut machen müssen. Bei Entscheidungen wird häufig nur der Erlaß vom 2. Dezember 1913 — M 7789 — berücksichtigt. Die späteren Bestimmungen, wie der Erlaß vom 26. März 1919 — M 5057 — und die Erlasse vom 10. November 1919 — M 6698 — und vom 14. Oktober 1920 — I M II 2343 — sind wiederholt übersehen worden, so daß berechtigte Beschwerden an mich nicht ausgeblieben sind.

Leichenschau. Polizeiverordnung des Polizeipräsidenten in Berlin vom 12. Juli 1921.

§ 1. Die Beerdigung einer Leiche darf nur nach vorheriger Ausstellung eines Beerdigungsscheines durch das zuständige Polizeirevier erfolgen.

§ 2. Zur Erteilung des Beerdigungsscheines sind dem Revier von dem gemäß §§ 57 und 58 des Reichsgesetzes vom 6. Februar 1875 zur Anzeige des Sterbefalles Verpflichteten einzureichen:

a) ein über den Sterbefall von einem in Deutschland approbierten Arzte ausgestellter Totenschein (Vordrucke sind auf dem Reviere erhältlich),
b) die Bescheinigung des Standesbeamten über die erfolgte Eintragung des Sterbefalles in das Standesamtsregister.

Der Beerdigungsschein ist dem Küster oder Friedhofsverwalter vorzulegen.

§ 3. Weigert sich der approbierte Arzt, der den Verstorbenen in der dem Tode unmittelbar vorangegangenen Krankheit ärztlich behandelt hat, oder vor Eintritt des Todes herbeigerufen ist, den Totenschein auszustellen, oder ist ein approbierter Arzt überhaupt nicht zugezogen worden, so hat der zur Anmeldung des Todesfalles Verpflichtete die Ausstellung des Totenscheines gegen Zahlung der gesetzlichen Gebühren bei dem zuständigen Kreisarzte oder im Unvermögensfalle nach Antrag bei dem Vertreter der Armendirektion bei dem Armenarzte nachzusuchen.

§ 4. Für Leichen, die von auswärts kommen, ist der Leichenpaß oder die von der Ortspolizeibehörde ausgestellte Bescheinigung dem Küster oder Friedhofsverwalter vorzulegen.

§ 5. Zuwiderhandlungen gegen die vorstehenden Bestimmungen werden mit Geldstrafe bis zu 30 M., im Unvermögensfalle mit entsprechender Haft bestraft.

§ 6. Diese Polizeiverordnung tritt mit dem Tage ihrer Veröffentlichung in Kraft. Mit demselben Zeipunkte werden alle, für den alten Stadtbezirk Berlin und für die mit diesem am 1 Oktober 1920 vereinigten Stadtgemeinden, Landgrmeinden und Gutsbezirke früher erlassenen, denselben Gegenstand betreffenden Polizeiverordnungen aufgehoben.

B. Bayern.

Leichenschau und Gebühren dafür. Verordnung des Ministers des Innern vom 27. August 1921.

Die Verordnung über die Leichenschau vom 13. August 1920 (G. V. Bl. S. 410) wird geändert wie folgt:

I. § 7 Abs. 1 erhält folgende Fassung: „Die Leichenschau ist nicht vor Ablauf von 8 Stunden und wenn möglich, innerhalb 24 Stunden nach dem Tode vorzunehmen. Leichen, die von der Wohnung in ein Leichenhaus verbracht werden, sind vor der Ueberführung zu besichtigen; die Leichenschau darf in diesem Falle auch vor Ablauf von 8 Stunden nach dem Tode vorgenommen werden.“

II. Die in § 12, Ziffer I 1 und 2a für ärztliche Leichenschauer festgesetzte Gebühr wird auf 10 M., die unter Ziffer II 1 u. 2a für nicht ärztliche Leichenschauer festgesetzte Gebühr wird auf 6,50 M. erhöht.

Diese Verordnung tritt am 1. September 1921 in Kraft.

Beihilfen zur Behandlung Tuberkulöser in Heilstätten. Bekanntmachung des Staatsministeriums des Innern vom 8. Okt. 1921.

Dem Bayerischen Landesverband zur Bekämpfung der Tuberkulose stehen Mittel zur Verfügung zur Gewährung von Beihilfen zur Heilbehandlung Tuberkulosekranker jeden Alters, insbesondere auch aus dem Mittelstande in Heilstätten. Gesuche um Gewährung von Beihilfen sind unmittelbar beim Bayerischen Landesverband zur Bekämpfung der Tuberkulose, München, Ludwigstr. 14 I, 8. Eingang, einzureichen. Hierbei sind die vom Landesverband herausgegebenen und von ihm gegen Erstattung der Selbstkosten zu beziehenden Formblätter zu verwenden.

Verantwortlich für die Schriftleitung: Prof. Dr. Rapmund, Geh. Med.-Rat in Lippspringe.
Druck von J. C. C. Bruns, Minden i. W.

Rechtsprechung u. Medizinal-Gesetzgebung

Beilage zur Zeitschrift für Medizinal-Beamte

Nr. 22/23. 5. Dezember. 1921.

Medizinal-Gesetzgebung.

A. Deutsches Reich.

Prüfungsbeglaubigung der Fieberthermometer. Verordnung des Reichsministeriums des Innern vom 26. Oktober 1921.

Auf Grund des § 4 des Gesetzes über die Prüfung und Beglaubigung der Fieberthermometer vom 2. Mai 1921 wird mit Zustimmung des Reichsrats folgendes bestimmt:

Die Verordnung zur Ausführung des Gesetzes über die Prüfung und Beglaubigung der Fieberthermometer vom 6. Juni 1921 wird wie folgt ergänzt:

1. In Punkt 2f der Verordnung wird hinter den Worten „frei sichtbar sein" der Satz eingeschaltet: „Für die Ausfuhr bestimmte, ungestempelte Einschlußthermometer werden bis auf weiteres zugelassen, auch wenn sie mit aufgekitteter Kappe versehen sind."

2. Die Prüfungsanstalten haben vom 1. Januar 1922 ab festzustellen, ob die Fieberthermometer der Bestimmung des § 1 Abs. 2 des Gesetzes vom 2. Mai 1921 genügen, und verneinendenfalls die Prüfung und Beglaubigung abzulehnen.

B. Preußen.

Befreiung von Beamten, Angestellten und Arbeitern vom Dienst behufs Uebernahme öffentlicher Ehrenämter. Rund-Erlasse des Ministers des Innern vom 29. Dezember 1920 (a) — Ic 1416 — und vom 4. Juni 1921 (b) — Ic 981 —. [1])

a) Da die vom Reichskabinett aufgestellten Richtlinien den von dem Preußischen Staatsministerium gebilligten Vorschlägen entsprechen, ist auch in Preußen nach ihnen zu verfahren.

Beamte, denen als Wahlkandidaten nach der Verfassung der zur Vorbereitung ihrer Wahl erforderliche Urlaub zu gewähren ist, beziehen während dieses Urlaubs ihr Gehalt weiter. Als Wahlkandidaten gelten Beamte von dem Zeitpunkt an, zu dem die Wahlvorschläge bei den Wahlleitern eingereicht sind. Im übrigen gelten für die Beurlaubung der preußischen Staatsbeamten die allgemeinen Grundsätze (Allg. Erlaß vom 15. Juni 1863 — Min. Bl. S. 137 —).

Was die Beurlaubung von Wahlhelfern anbelangt, die bei der Wahlagitation in hervorragendem Maße beteiligt sind, so muß die Urlaubserteilung in jedem Falle von der durch die vorgesetze Behörde pflichtmäßig zu treffenden Entscheidung abhängig gemacht werden, ob die dienstlichen Interessen durch die Beurlaubung keine wesentliche Beeinträchtigung erfahren. Nähere Grundsätze hierüber lassen sich bei der Verschiedenartigkeit der in Frage stehenden Verhältnisse nicht aufstellen, jedoch muß in jedem Falle als Grundsatz gelten, daß die einzelnen politischen Parteien tunlichst gleiche Berücksichtigung finden.

b) Die durch meinen Runderlaß vom 29. Dezember 1920 — Ic 1416 — mitgeteilten Richtlinien für die Befreiung von Beamten, Angestellten und Arbeitern vom Dienst behufs Uebernahme öffentlicher Ehrenämter haben durch die inzwischen in Kraft getretene Preußische Verfassung (Artikel 11 und 75) bezüglich der Beamten, Angestellten und Arbeiter des Preußischen Staates und der Körperschaften des öffentlichen Rechts eine Erweiterung erfahren:

---

[1]) Rund-Erlaß des Ministers für Volkswohlfahrt vom 26. 10. 1921 den nachgeordneten Behörden zur Beachtung mitgeteilt.

1. Beamte, Angestellte und Arbeiter des Staates und der Körperschaften des öffentlichen Rechts bedürfen zur Ausübung der Tätigkeit als Abgeordnete keines Urlaubs. Bewerben sie sich um einen Sitz im Landtag, so ist ihnen der zur Vorbereitung ihrer Wahl erforderliche Urlaub zu gewähren. Gehalt und Lohn sind weiter zu zahlen (Artikel 11 der Verfassung).

Für die Angestellten und Arbeiter des Staates und der Körperschaften des öffentlichen Rechts sind somit hinsichtlich der Ausübung ihrer Tätigkeit als Landtagsabgeordnete die gleichen Grundsätze wie für die Beamten, also die zu 1 der Richtlinien des Reichskabinetts angegebenen, entsprechend anzuwenden. Ebenso sind auf die Tätigkeit der genannten Angestellten und Arbeiter als Wahlkandidaten und Wahlhelfer die für Beamte geltenden Grundsätze (Seite 2 meines Runderlasses vom 29. Dezember 1920 — Ic 1416 — Absatz 3 und 4) anzuwenden.

2. Beamte, Angestellte und Arbeiter des Staates und der Körperschaften des öffentlichen Rechts bedürfen zur Ausübung der Tätigkeit als Mitglieder einer Provinzial-, Kreis- und Gemeindevertretung keines Urlaubs. Gehalt und Lohn sind weiter zu zahlen (Artikel 75 der Verfassung).

Diese Bestimmung bringt für die Tätigkeit der Beamten, Angestellten und Arbeiter des Staates und der Körperschaften des öffentlichen Rechts als Mitglieder einer Provinzial-, Kreis- und Gemeindevertretung ähnliche Grundsätze zum Ausdruck wie Artikel 11 für die Tätigkeit dieser Personen als Landtagsabgeordnete. Sie bezieht sich lediglich auf die Mitgliedschaft in Vertretungsorganen der Provinzen, Kreise und Gemeinden (Provinziallandtag, Kreistag, Stadtverordnetenversammlung, Gemeindevertretung); dagegen bedarf es zur Ausübung der Tätigkeit in Verwaltungsorganen der genannten Körperschaften (Provinzial-, Kreis-, Stadtausschuß, Magistrat, Gemeindevorstand) eines Urlaubs. Die den Mitgliedern der Vertretungsorgane gewährte Dienstbefreiung erstreckt sich auf die Zeiträume, die durch die Teilnahme an den Sitzungen des Vertretungsorgans oder zur Erledigung besonderer, den Beamten usw. als Mitgliedern von dem Selbstverwaltungsorgan erteilter Aufträge (Besichtigungen und dergl.) in Anspruch genommen werden. Für weitergehende Zwecke muß Urlaub eingeholt werden.

Ein Anspruch auf Dienstbefreiung zum Zwecke der Vorbereitung der Wahl zu den Vertretungsorganen der Selbstverwaltungskörperschaften, wie er in Artikel 11 zur Vorbereitung der Wahl als Landtagsabgeordneter gegeben ist, ist den Beamten usw. nicht eingeräumt.

Richtlinien für die Gewährung von Kinderbeihilfen. Rund-Erlaß des Finanzministers vom 10. Oktober 1921.[1])

1. Hat ein Beamter die Witwe eines Reichsbeamten, eines Staatsbeamten, eines Beamten der Länder, eines Volksschullehrers oder eines Gemeindebeamten mit Kindern unter 21 Jahren geheiratet, so hat das Reich, der Staat, das Land oder die Gemeinde die Verpflichtung, die Kinderbeihilfe neben dem Waisengeld weiter zugewähren, da die Verpflichtung, für die eigenen Kinder des verstorbenen Beamten zu sorgen, die ältere und nähere ist. Die Kinderbeihilfe steht diesen Kindern als Kindern ihres leiblichen Vaters zu und wird dem gesetzlichen Vertreter der Kinder gezahlt. Sie fällt bei diesen Kindern, die durch Verheiratung der Mutter zu „Stiefkindern" geworden sind, weder durch die Wiederverheiratung noch durch den Tod der Mutter weg.

2. Hat ein Beamter eine Witwe geheiratet, die aus Mitteln des Reichs, der Länder, anderer öffentlicher Verbände oder anderer Arbeitgeber eine Kinderbeihilfe, ein (nicht unter Nr. 1 fallendes) Waisengeld, eine Waisenrente, eine laufende Unterstützung usw. bezieht, so wird diese Einnahme auf die dem Beamten für die „Stiefkinder" zustehende Kinderbeihilfe auch bei Kindern unter 14 Jahren voll angerechnet.

3. Stirbt ein Beamter, der unter 21 Jahre alte eigene Kinder und unter 21 Jahre alte Stiefkinder hinterläßt, so ist wie folgt zu verfahren:

a) Für die eigenen Kinder wird ohne Rücksicht auf das Waisengeld nach § 24 BDEG. die Kinderbeihilfe neben dem Waisengeld gezahlt, da das Waisen-

---

[1]) Durch Erlaß des Herrn Ministers für Volkswohlfahrt vom 24. Oktober den nachgeordneten Behörden zur Beachtung mitgeteilt.

geld nur den Ersatz für die Diensteinkommensbezüge des Beamten bildet; ebenso wie neben diesen zu Lebzeiten des Beamten im Regelfall Kinderbeihilfe gezahlt ist, ist sie nach seinem Tode neben dem Waisengeld zu zahlen.

b) Wird für die „Stiefkinder", weil sie leibliche Kinder eines Beamten sind (Fall zu 1), neben dem gesetzlichen Waisengeld eine Kinderbehilfe gezahlt, so bezieht der gesetzliche Vertreter der Kinder diese Kinderbeihilfe auch weiter; dagegen wird für sie in ihrer Eigenschaft als „Stiefkinder" des verstorbenen Beamten nicht noch außerdem Kinderbeihilfe gezahlt, wie auch ihr verstorbener Stiefvater für sie keine Kinderbeihilfe bezogen hat.

c) Wird für die „Stiefkinder" dagegen eine Kinderbeihilfe, ein (nicht unter Nr. 1 fallendes) Waisengeld, eine Waisenrente, eine laufende Unterstützung usw. gezahlt (Fall zu 2), so wird diese Einnahme auf die der Witwe aus der Staatskasse zustehende Kinderbeihilfe auch für Kinder unter 14 Jahren voll angerechnet.

4. Ist ein Beamter im Kriege gefallen oder an den Folgen des Krieges gestorben und hat er eigene eheliche Kinder unter 21 Jahren hinterlassen, für die Kriegswaisengeld oder neben dem Kriegswaisengeld eine Kinderbeihilfe gezahlt wird, so werden diese Einnahmen auf die für die Kinder aus der Staatskasse zu zahlenden Kinderbeihilfen auch für die Kinder unter 14 Jahren voll angerechnet. Eine Anrechnung auf das den Kindern bis zum 18. Lebensjahre zahlbare staatliche Waisengeld findet dagegen nicht statt.

Gebühren der nichtbeamteten Aerzte in gerichtsärztlichen Angelegenheiten. Begriff: Vorbesuche und Voruntersuchungen. Bescheid des H. Ministers für Volkswohlfahrt vom 7. September 1921 — I M I Nr. 2569 — an den Aerzteverein der Neumark.

Nach § 13 Absatz 1 der Reichsgebührenordnung vom 30. Juni 1878 in der Fassung vom 20. Mai 1898 (G. S. S. 689) sollen, soweit für gewisse Arten von Sachverständigen besonders Taxvorschriften bestehen, nur diese Vorschriften in Anwendung kommen.

Das Gesetz vom 10. Juni 1914 (G. S. S. 214) hat zu § 13 noch einen weiteren Absatz zugefügt, wonach der Sachverständige, wenn er nicht öffentlicher Beamter ist, an Stelle der Gesamtvergütung nach den besonderen Taxvorschriften die Berechnung der Gesamtvergütung nach der Reichsgebührenordnung beanspruchen kann.

Als besondere Taxvorschrift in gerichtsärztlichen Angelegenheiten kommt für Preußen nicht die Gebührenordnung für Aerzte vom 1. September 1920, sondern allein das Gesetz betreffend die Gebühren der Medizinalbeamten vom 14. Juli 1909 (G. S. S 625) in Betracht, da der § 12 in Verbindung mit § 3 des Gesetzes dessen Gebühren für gerichtsärztliche Verrichtungen ausdrücklich auch auf die nichtbeamteten Aerzte erstreckt. Nur dies stellt der diesseitige Erlaß vom 22. Juni d. Js. an das Militärversorgungsgericht in Frankfurt a. O. fest. Im übrigen läßt dieser Erlaß das Wahlrecht zwischen Vergütung nach der Landestaxe und Vergütung nach der Reichsgebührenordnung unberührt.

Da Ziffer A 17 des Tarifs a. a. O. sich im Absatz 1 Satz 2 ausdrücklich auf die Gebühren zu 3 und nicht auf die Gebühren zu 3b bezieht, ist unter „Vorbesuchen" auch die „Voruntersuchung" gemeint, wie sie nach 3a abgegolten wird. Allerdings gibt der Ausdruck „Vorbesuche" zu Zweifeln Anlaß; sein Ersatz durch den Ausdruck „Untersuchungen" wird bei der Revision des Gesetzes in Erwägung genommen werden müssen.

Vorschriften über die staatliche Prüfung von Krankenpflegepersonen. Rund-Erlaß des Ministers für Volkswohlfahrt vom 19. Juli 1921 — I M II 2361 — an sämtliche Herren Oberpräsidenten und Regierungspräsidenten.

Mit Rücksicht auf die vielfachen schon seit längerer Zeit aus den Kreisen der Aerzte, der Krankenpflegegenossenschaften usw. lautgewordenen Wünsche habe ich auf Grund einer eingehenden Beratung mit Sachverständigen die aus den Anlagen ersichtlichen neuen Vorschriften über die staatliche Prüfung von Krankenpflegepersonen nebst Ausbildungsplan sowie eine neue Ausführungsanweisung zu diesen Vorschriften erlassen.

Indem ich Euer Hochwohlgeboren ersuche, diese Vorschriften den

Krankenpflegeschulen und den sonst beteiligten Kreisen des dortigen Bezirks in geeigneter Weise bekanntzugeben, bemerke ich hierzu noch folgendes:

Die wichtigste Veränderung enthält der § 5 Ziffer 6, der an Stelle der bisher geforderten einjährigen Ausbildung nunmehr eine zweijährige Ausbildung der Krankenpflegepersonen vorschreibt. Diese Abänderung ist erfolgt, da nahezu sämtliche gehörten Sachverständigen die Steigerung der Ausbildung auf mindestens zwei Jahre als notwendig gefordert haben. Auch der Ausbildungsplan hat eine Anzahl wichtiger Aenderungen und Zusätze erhalten.

Da nach hier vorliegenden Berichten die Ausbildung in den verschiedenen Krankenpflegeschulen sehr ungleichmäßig gehandhabt und anscheinend nicht überall mit der gleichen Gründlichkeit durchgeführt wird, ersuche ich, die Regierungs- und Medizinalräte anzuweisen, in gewissen Zeitabständen die bestehenden Krankenpflegeschulen — soweit möglich, unvermutet — daraufhin zu prüfen, ob die praktische Ausbildung und der theoretische Unterricht der Krankenpflegeschülerinnen (-schüler) überall nach Maßgabe der Vorschriften des § 5 Ziffer 6 und der Ausführungsanweisung zu den §§ 2 und 5 Ziffer 6 sowie dem Ausbildungsplane entsprechend erfolgt und insbesondere auch von den geeigneten Lehrpersonen erteilt wird. Ueber das Ergebnis dieser Prüfungen der Frage der Unterrichtserteilung in den Krankenpflegeschulen ist mir bei ungünstigem Ausfall zu berichten.

Die Prüfungsausschüsse sollen nach der jetzigen Vorschrift des § 2 durchweg aus einem beamteten Arzt (Regierungs- und Medizinalrat) und zwei praktischen Aerzten, unter denen sich wenigstens ein Lehrer der betreffenden Krankenpflegeschule befindet, gebildet werden. Es ist deshalb nicht angängig, außer dem Regierungs- und Medizinalrat noch einen Kreisarzt als Mitglied des Prüfungsausschusses zu bestellen; dies käme höchstens dann in Frage, wenn der betreffende Kreisarzt in größerem Umfange Praxis betreibt, oder in leitender Stellung als Krankenhausarzt in derjenigen Anstalt tätig ist, die als Krankenpflegeschule anerkannt ist oder werden soll. Selbstverständlich ist nichts dagegen einzuwenden, den zuständigen Kreisarzt zum ständigen Stellvertreter des Regierungs- und Medizinalrats im Vorsitz des Prüfungsausschusses zu ernennen.

Die mir gemäß den §§ 2 und 6 Absatz 1 und 2, § 19 Absatz 3, §§ 21 und 23 zu erstattenden Berichte sind in allen Fällen mit einer ausreichenden Begründung, zum mindesten aber mit einem entsprechenden Vermerk darüber zu versehen, ob die Gesuche zu befürworten sind oder nicht.

Da ich in Uebereinstimmung mit zahlreichen Sachverständigen die Abhaltung regelmäßiger Fortbildungslehrgänge für das schon geprüfte Krankenpflegepersonal für dringend erwünscht halte, ersuche ich, auf die bestehenden Krankenpflegeschulen dahin einzuwirken, daß sie zunächst für das in ihren Anstalten beschäftigte und schon geprüfte Pflegepersonal regelmäßig zwei bis drei Wochen dauernde Fortbildungslehrgänge einrichten derart, daß jede geprüfte Krankenpflegeperson in Zeitabständen von etwa 5 Jahren einmal an einem solchen Wiederholungslehrgang teilnimmt. Im übrigen muß mit allen Mitteln angestrebt werden, daß in den Krankenanstalten tunlichst nur noch vorschriftsmäßig ausgebildetes Pflegepersonal beschäftigt wird. Die Erreichung dieses Zieles wird voraussichtlich durch Anwendung der Uebergangsbestimmungen des neuen § 19 wesentlich erleichtert werden. Um für die schon in der Ausbildung stehenden Schülerinnen (Schüler) Härten zu vermeiden, sind die Krankenpflegeschulen auf den § 19 Absatz 1 noch besonders hinzuweisen.

Schließlich bemerke ich noch, daß ich beabsichtige, auch die unter dem 31. März 1917 erlassenen Vorschriften über die staatliche Prüfung von Säuglingspflegerinnen demnächst in ähnlicher Weise abzuändern, und daß ich mir vorbehalte, noch besondere Vorschriften über die Ausbildung des Irrenpflegepersonals zu erlassen.

Vorschriften über die staatliche Prüfung von Krankenpflegepersonen nebst Ausführungsanweisung.[1])

§ 1. Prüfungen von Krankenpflegepersonen finden nach Maßgabe der folgenden Bestimmungen statt.

---

[1]) Die Ausführungsbestimmungen dazu, ebenfalls vom 19. Juli 1921, sind bei den betreffenden Paragraphen in Anmerkung beigefügt.

§ 2. Die Prüfungen werden in einem als Krankenpflegeschule staatlich anerkannten Krankenhause abgehalten. Der Prüfungsausschuß besteht aus drei Aerzten, unter denen sich ein beamteter Arzt und zwei praktische Aerzte, darunter mindestens ein Lehrer einer Krankenpflegeschule, befinden müssen.[2])

Die Mitglieder, der aus ihrer Zahl zu bestimmende Vorsitzende und sein Stellvertreter werden durch mich auf Widerruf ernannt. Die Ernennung, der Sitz des Prüfungsausschusses und die Leitung des als Prüfungsstelle dienenden Krankenhauses (§ 8) werden durch das Amtsblatt meines Ministeriums „Volkswohlfahrt" bekanntgegeben.

§ 3. Prüfungen finden nach Bedarf, in der Regel zweimal im Jahre, im März und im September, statt.[3])

§ 4. Die Zulassungsgesuche sind dem Vorsitzenden desjenigen Prüfungsausschusses, vor dem die Prüfung abgelegt werden soll, unter Beifügung der erforderlichen Nachweise (§ 5) bis zum 15. Febr. bezw. 15. August einzureichen.[4])

Bewerber, deren Zulassungsgesuche später eingehen, haben keinen Anspruch auf Berücksichtigung in der laufenden Untersuchungsperiode.

§ 5. Dem Zulassungsgesuch sind beizufügen:

1. der Nachweis der Vollendung des 20. Lebensjahres,[5])
2. ein behördliches Leumundszeugnis,[6])
3. der Nachweis einer erfolgreich zum Abschluß gebrachten Volksschulbildung oder einer gleichwertigen Bildung,[7])
4. ein selbstverfaßter und eigenhändig geschriebener Lebenslauf,[8])
5. der Nachweis körperlicher und geistiger Tauglichkeit zum Krankenpflegeberufe; insbesondere ist eine Bescheinigung zu erbringen, daß der Bewerber

---

[2]) Zu § 2. Als Krankenpflegeschulen kommen nur diejenigen Krankenanstalten in Betracht, die von mir als Krankenpflegeschule staatlich anerkannt sind. Die staatliche Anerkennung wird in der Regel nur solchen allgemeinen Krankenanstalten auf Antrag erteilt, die über eine größere Zahl von Krankenbetten sowie alle notwendigen modernen Einrichtungen der Krankenbehandlung und Krankenpflege verfügen, von anerkannt tüchtigen Aerzten geleitet werden und nach ihrer ganzen Beschaffenheit hinreichend Gewähr dafür bieten, daß der gesamte nach dem beiliegenden Ausbildungsplan zu erteilende praktische und theoretische Unterricht in der Krankenpflege in der Krankenanstalt mit Aussicht auf Erfolg erteilt werden kann. Die Anträge auf staatliche Anerkennung einer Anstalt als Krankenpflegeschule sind an den zuständigen Regierungspräsidenten, im Ortspolizeibezirk Berlin an den Polizeipräsidenten in Berlin, zu richten und von diesem mir vorzulegen.

[3]) Zu § 3. Die Prüfungen sollen in zwei Prüfungsperioden, im März und im September, stattfinden, ausnahmsweise können Prüfungen nach Bedarf auch in anderen Monaten abgehalten werden.

[4]) Zu § 4. Die Meldung zur Prüfung soll bis zum 15. Februar und 15. August erfolgen. Meldungen, die später eingehen, haben keinen Anspruch auf Berücksichtigung in der laufenden Prüfungsperiode, sie können jedoch bei ausreichender Entschuldigung beim Vorsitzenden berücksichtigt werden.

[5]) Zu § 5 Nr. 1. Der Nachweis der Vollendung des 20. Lebensjahres ist durch die Geburtsurkunde zu erbringen.

[6]) Zu § 5 Nr. 2. Als behördliches Leumundszeugnis kommt in der Regel das Führungszeugnis der Ortspolizei in Betracht. Ausnahmsweise kann auf die Beibringung eines Leumundszeugnisses verzichtet werden, wenn der gute Leumund des Gesuchstellers auf Grund sonstiger einwandfreier Nachweise zweifelsfrei feststeht. Wenn es sich um Angehörige einer staatlich anerkannten geistlichen Krankenpflegegenossenschaft handelt, so ist das Zeugnis der Oberin (des Vorstehers) und des Geistlichen der Krankenpflegegenossenschaft als ausreichend zu erachten.

[7]) Zu § 5 Nr. 3. Der Nachweis einer erfolgreich zum Abschluß gebrachten Volksschulbildung wird erbracht durch das Schulabgangszeugnis oder das Zeugnis über den erfolgreichen einjährigen Besuch der obersten Schulklasse. Die Entscheidung über den Nachweis einer gleichwertigen Bildung bleibt dem pflichtgemäßen Ermessen des Vorsitzenden des Prüfungsausschusses überlassen.

[8]) Zu § 5 Nr. 4. Wo die Verhältnisse es gestatten, z. B. in der Krankenpflegeschule, wird es sich empfehlen, den Lebenslauf von der Schülerin (dem Schüler) in Klausur schreiben und dies durch den Leiter der Krankenpflegeschule auf dem Lebenslauf vermerken zu lassen.

nicht an Krankheiten oder Körperfehlern leidet, die ihn an der Ausübung des Krankenpflegeberufes hindern oder die zu pflegenden Personen schädigen könnten,[9])

6. den Nachweis zweijähriger erfolgreicher und einwandfreier Teilnahme an einem zusammenhängenden Lehrgange in einer staatlichen oder staatlich anerkannten Krankenpflegeschule.[10])

Die Nachweise unter Nr. 5 und 6 werden geführt durch ein schriftliches Zeugnis desjenigen Arztes, der den Unterricht in der Krankenpflegeschule geleitet hat; es ist von dem Arzte unmittelbar dem Vorsitzenden des Prüfungsausschusses zu übersenden, vor dem die Prüfung abgelegt werden soll. Ist zwischen dem Ausscheiden des Bewerbers aus der Krankenpflegeschule und seiner Meldung zur Prüfung mehr als ein halbes Jahr verflossen, oder liegen die Voraussetzungen des § 6 vor, so ist der Nachweis unter Nr. 5 außerdem durch ein Zeugnis des für den Wohnort oder Aufenthaltsort zuständigen beamteten Arztes zu erbringen.

Der Vorsitzende des Prüfungsausschusses entscheidet über die Zulassung.

§ 6. Personen, die eine der im § 5 Nr. 6 bezeichneten Krankenpflegeschulen nicht besucht haben, können ausnahmsweise zur Prüfung zugelassen

---

[9]) Zu § 5 Nr. 5. Der Nachweis körperlicher und geistiger Tauglichkeit zum Krankenpflegeberufe ist durch ein schriftliches Zeugnis des ärztlichen Leiters der Krankenpflegeschule zu erbringen. Das Zeugnis ist von diesem unmittelbar dem Vorsitzenden des Prüfungsausschusses zu übersenden. Die Bescheinigung über die körperliche Tauglichkeit soll sich auf Grund einer sorgfältigen Aufnahme über den bisherigen Gesundheitszustand der Schülerin (des Schülers), einer ärztlichen Untersuchung sowie auf Grund der Beobachtungen während des Lehrganges darüber aussprechen, daß die Schülerin (der Schüler) nicht an Krankheiten (z. B. Tuberkulose, Geschlechtskrankheiten, Epilepsie, Hysterie, Blutarmut) oder Körperfehlern (z. B. Mißbildungen, erhebliche Schwächung der Sinnesorgane) leidet, die sie (ihn) an der Ausübung des Krankenpflegeberufes hindern oder die zu pflegenden Personen schädigen könnten.

Bei Beurteilung der geistigen Tauglichkeit ist zu beachten, daß die Schülerin (der Schüler) auch noch zur Zeit der Meldung mindestens den Standpunkt einer guten Volksschulbildung nachweist, und daß sie vermöge ihrer Auffassungs- und Beobachtungsgabe zum Krankenpflegeberufe ausreichend befähigt ist, um z. B. einen zutreffenden mündlichen oder schriftlichen Bericht über das Befinden des Kranken dem Arzte erstatten zu können.

[10]) Zu § 5 Nr. 6. Auch der Nachweis einer zweijährigen erfolgreichen Teilnahme an einem zusammenhängenden Lehrgange in einer staatlichen oder staatlich anerkannten Krankenpflegeschule ist durch die Bescheinigung des ärztlichen Leiters der Krankenpflegeschule zu führen. Der Lehrgang darf, abgesehen von kürzeren Ferien, nicht durch monatelange oder längere Pausen unterbrochen sein. Auch ist zu fordern, daß das Verhalten der Schülerin (des Schülers) während des Lehrganges, namentlich auch in sittlicher Beziehung, einwandfrei gewesen ist, und daß die Schülerin (der Schüler) in ihrem (seinem) Wissen und Können in ausreichender Weise für den Krankenpflegeberuf gefördert worden ist.

Während des Lehrganges muß unter Zugrundelegung des amtlichen Krankenpflegelehrbuches neben einer gründlichen praktischen Ausbildung auch eine ausreichende theoretische Unterweisung erfolgen. Der Unterricht soll von dem ärztlichen Leiter der Krankenpflegeschule oder dessen Stellvertreter erteilt werden. Nur ausnahmsweise und nur mit Genehmigung des Regierungspräsidenten, im Ortspolizeibezirk Berlin des Polizeipräsidenten in Berlin, darf der Unterricht über beschränkte Teilgebiete (z. B. Verbandlehre, Massage) auch von anderen Personen (Oberin, Oberpfleger) gegeben werden.

In welcher Weise der theoretische Unterricht durchzuführen ist, ob z. B. in zweimal jährlich stattfindenden viermonatigen Lehrgängen mit wöchentlich 6 Stunden oder in kürzeren Lehrgängen mit wöchentlich 12 Stunden oder in anderer Weise, richtet sich nach den besonderen Einrichtungen der Krankenpflegeschule und unterliegt bis auf weiteres der Entscheidung des Vorstandes der Anstalt. Doch müssen in der Regel im Rahmen der abzuhaltenden theoretischen Unterweisung wenigstens 200 Unterrichtsstunden erteilt werden. Hierbei ist der im Anhange befindliche Plan für die Ausbildung in der Krankenpflege während des Lehrganges genau zu beachten. Bei Berechnung der Ge-

werden, wenn sie den Nachweis einer mindestens gleichwertigen Ausbildung in der Krankenpflege beibringen.[11])

Ueber die Zulassung solcher Ausnahmen behalte ich mir die Entscheidung bis auf weiteres selbst vor.[11])

Für Sanitätsunteroffiziere, die noch nicht länger als zwei Jahre aus dem aktiven Militär- oder Marinedienst ausgeschieden sind und den genauen Nachweis erbringen, daß sie mindestens während der Hälfte dieser Zeit Krankenpflege in einwandfreier Weise ausgeübt haben, gilt als ausreichend im Sinne des Absatz 1 ein Zeugnis ihrer vorgesetzten Behörde über eine einwandfreie mindestens zweijährige Dienstzeit im Sanitätskorps der Armee oder der Marine.

§ 7. Die Gebühren für die Prüfung ausschließlich der Kosten für Verpflegung in der Anstalt (§ 10 Absatz 2) betragen 60 Mark und sind vor Beginn der Prüfung zu entrichten.[12])

Wer von der Prüfung spätestens zwei Tage vor deren Beginn zurücktritt, erhält die bereits entrichteten Prüfungsgebühren zurück.

§ 8. Die Ladung der Prüflinge wird von dem Vorsitzenden des Prüfungsausschusses (§ 4) verfügt; sie soll spätestens zwei Wochen vor der Prüfung erfolgen; zugleich mit der Ladung wird dem Bewerber ein Abdruck der Prüfungsvorschriften mit der Aufforderung zugestellt, sich spätestens am Tage vor der Prüfung zu einer bestimmten Stunde bei der Leitung des Krankenhauses (§ 2) zu melden, um die Pflege eines Kranken und eine Nachtwache zu übernehmen (§ 14).[13])

§ 9. Zu einem Prüfungstermine werden in der Regel nicht mehr als zwölf Prüflinge zugelassen.[14])

Wer zur Prüfung ohne ausreichende Entschuldigung nicht rechtzeitig erscheint, kann bis zur Dauer von sechs Monaten von der Prüfung ausgeschlossen werden.

§ 10. Der Vorsitzende gibt Tag und Stunde der Prüfung spätestens eine Woche vor ihrem Beginne der Krankenhausleitung bekannt, damit die

---

samtzahl der 200 Unterrichtsstunden dürfen die den Krankenpflegeschülerinnen (Schülern) am Krankenbett oder bei ihrer sonstigen praktischen Ausbildung erteilten Weisungen und Belehrungen nicht mitberücksichtigt werden.

Der ärztliche Leiter der Krankenpflegeschule soll vor Ausstellung der in einem Zeugnisse zu vereinigenden Bescheinigungen zu 5 und 6 eine gutachtliche Aeußerung der Oberin bezw. des Vorstandes des als Krankenpflegeschule dienenden Krankenhauses über die sittliche Befähigung sowie über die Führung der Schülerin (des Schülers) während der Ausbildungszeit einholen. Ueber die Aeußerung der Oberin oder des Vorstandes ist ein Vermerk in das Zeugnis aufzunehmen.

Sollte zwischen dem Ausscheiden der Schülerin (des Schülers) aus der Krankenpflegeschule und der Meldung zur Prüfung mehr als ein halbes Jahr verflossen sein oder ausnahmsweise der Nachweis zu Nr. 6 gemäß § 6 Absatz 1 erlassen werden, so muß der Nachweis zu Nr. 5 außerdem noch durch das Zeugnis des für den Wohnort oder Aufenthaltsort zuständigen beamteten Arztes erbracht werden.

[11]) Zu § 6 Absatz 1 und 2. Der Antrag auf Zulassung zur Prüfung — ohne den Nachweis des § 5 Nr. 6 — ist an den zuständigen Regierungspräsidenten, im Ortspolizeibezirk Berlin an den Polizeipräsidenten in Berlin, zu richten und von diesem mit gutachtlicher Aeußerung mir zur Entscheidung vorzulegen.

[12]) Zu § 7. Als Entschädigung für die Mühewaltung der Mitglieder des Prüfungsausschusses kommen nur die Gebühren in Betracht; Reisekosten und Tagegelder werden nicht gewährt. Die Verteilung der Gebühren hat so zu erfolgen, daß der Vorsitzende die Hälfte der Gebühren erhält, einschließlich der Entschädigung für sächliche Unkosten, während die beiden anderen Prüfenden die andere Hälfte zu gleichen Teilen erhalten.

[13]) Zu § 8. In der Ladung der Prüflinge ist die Stunde anzugeben, zu der sich der Prüfling bei der Leitung des Krankenhauses zu melden hat, um die Pflege eines Kranken zu übernehmen.

[14]) Zu § 9. Zu einem Prüfungstermin können ausnahmsweise auch mehr als 12 Prüflinge zugelassen werden, jedoch nicht über 15. Liegt eine größere Anzahl von Meldungen vor, so sind mehrere Prüfungstermine abzuhalten.

nötigen Prüfungsräume und sächlichen Hilfsmittel bereit gehalten und die für die praktische Prüfung sich eignenden Krankheitsfälle ausgesucht werden.

Der Prüfling tritt für die Dauer der Prüfung, die sich in der Regel auf drei aufeinanderfolgende Tage erstreckt, in der Verpflegung des Krankenhauses; die Entschädigung hierfür ist an die Krankenhausverwaltung zu entrichten.[15])

§ 11. Die Prüfung besteht aus einer mündlichen und einer praktischen Prüfung. Jene wird in der Regel am ersten und dritten, diese im wesentlichen am zweiten Tage abgehalten.[16])

§ 12. Der Vorsitzende leitet die Prüfung, bestellt bei Behinderung eines Mitgliedes des Prüfungsausschusses einen Vertreter und verteilt die Prüfungsgegenstände (§ 13 a bis n) unter die Prüfenden.[17])

Die praktische Prüfung wird von einem Lehrer der Krankenpflegeschule in Gegenwart des Vorsitzenden abgehalten.

§ 13. Die mündliche Prüfung erstreckt sich auf folgende Gegenstände:

a) Bau und Verrichtung des menschlichen Körpers.
b) Allgemeine Lehre von den Erkrankungen und ihren Erscheinungen, besonders Fieber und Puls, Ansteckung und Wundkrankheiten, Asepsis und Antiseptik.[18])

---

[15]) Zu § 10 Absatz 2. Die Prüfung soll an drei aufeinanderfolgenden Tagen stattfinden. Nur in besonders zu begründenden Ausnahmefällen (z. B. wenn einer der Prüfenden oder ein Prüfling an einem dieser Tage plötzlich verhindert wird) ist es dem Ermessen des Vorsitzenden überlassen, die Prüfung einen oder mehrere Tage, jedoch nicht über drei Tage, auszusetzen. Sonn- und Festtage werden nicht gerechnet.

[16]) Zu § 11. Ueber die nähere Ausführung der Prüfung entscheidet der Vorsitzende nach Benehmen mit den anderen Prüfenden. Als Anhalt möge folgende Gestaltung dienen: Dem Prüfling wird, nachdem er abends 7 Uhr in das Krankenhaus eingetreten ist, von der Leitung des Krankenhauses ein Kranker zugewiesen, sofern er nicht gemäß § 14 Absatz 3 die Pflege schon früher begonnen hat oder von der Ableistung einer Nachtwache befreit worden ist. Der Prüfling hat nun im Regelfall bei dem ihm überwiesenen Kranken die erste Nacht hindurch zu wachen. Am andern Morgen erhält er nach Beendigung der Nachtwache eine Ruhezeit von 8 Stunden, nach deren Ablauf er am Nachmittag des ersten Tages die Pflege seines Kranken bis zum Abend wieder übernimmt, um sie am Morgen des zweiten Tages fortzusetzen. Im Laufe des zweiten Tages unterbricht er diese Tätigkeit nur, um die mündliche praktische Prüfung zu erledigen, die von einem Lehrer der Krankenpflegeschule in Gegenwart abgehalten wird. Es empfiehlt sich, demnächst dem Prüfling eine zweistündige Erholungspause zu gewähren, worauf er wieder die Pflege seines Kranken übernimmt. Am Morgen des dritten Tages hat er die Niederschrift über die Pflege des Kranken zu fertigen und dem Vorsitzenden zu überreichen, der den Prüfling an diesem Tage in Gemeinschaft mit den beiden andern Prüfenden der Abschlußprüfung unterzieht. In den gemäß § 14 Abs. 2 eintretenden Ausnahmefällen bestimmt der Vorsitzende den Gang der Prüfung.

[17]) Zu § 12. Der Vorsitzende, im Falle der Behinderung sein Stellvertreter, leitet die Prüfung, bestellt bei Behinderung der anderen Mitglieder des Prüfungsausschusses deren Stellvertreter und verteilt nach Anhörung der anderen Prüfer die Prüfungsgegenstände unter die Mitglieder des Ausschusses.

Die Oberin sowie der Oberpfleger eines Krankenhauses (bei größeren Krankenanstalten einer Abteilung) sind berechtigt, der Prüfung beizuwohnen. Im übrigen darf der Vorsitzende auch dem Vorsteher der Krankenpflegervereinigung oder des Krankenhauses sowie Mitgliedern des Kuratoriums oder des Vorstandes auf Wunsch den Zutritt zu den Prüfungen gestatten, sofern sich hieraus nicht besondere, den Gang der Prüfung störende Schwierigkeiten ergeben sollten. Die Oberin (der Vorsteher) und das Kuratorium oder der Vorstand sind von dem Termin der Prüfung rechtzeitig in Kenntnis zu setzen.

[18]) Zu § 13b und 16. Es ist besonders darauf zu halten, daß der Prüfling in der Reinlichkeit am eigenen Körper sorgfältig ausgebildet ist.

Dem Unterricht in der Krankenpflege in den staatlich anerkannten Krankenpflegeschulen sowie der Prüfung ist das von der Medizinalabteilung des Ministeriums für Volkswohlfahrt herausgegebene amtliche Krankenpflegelehrbuch zugrunde zu legen.

c) Einrichtungen der Krankenräume: Herrichtung und Ausstattung des Krankenzimmers, Lüftung, Beleuchtung, Heizung, Wasserversorgung, Beseitigung der Abgänge.
d) Krankenwartung, insbesondere Reinlichkeitspflege, Versorgung mit Wäsche, Lagerung und Umbetten des Kranken; Krankenbeförderung, Badepflege.
e) Krankenernährung; Zubereitung und Darreichung der gewöhnlichen Krankenspeisen und Getränke.
f) Krankenbeobachtung: Krankenbericht an den Arzt, Ausführung ärztlicher Verordnungen.
g) Hilfeleistung bei der Krankenuntersuchung und -behandlung, namentlich bei der Wundbehandlung: Lagerung und Versorgung verletzter Glieder, Notverband, Hilfeleistung bei Operationen sowie bei der Betäubung, Vorbereitung des Verbandmaterials und der Instrumente.
h) Hilfeleistung bei plötzlich auftretenden Leiden und Beschwerden, bei gefahrdrohenden Krankheitserscheinungen, bei Unglücksfällen (Blutstillung, künstliche Atmung) und Vergiftungen. Grenzen der Hilfeleistungen.
i) Pflege bei ansteckender Krankheit; Verhütung der Uebertragung von Krankheitskeimen auf den Kranken, den Pfleger und andere Personen; Desinfektionslehre, Desinfektion am Krankenbett, Schlußdesinfektion.
k) Zeichen des eingetretenen Todes; Behandlung der Leiche.
l) Gesetzliche und sonstige Bestimmungen, soweit sie Krankenpflegetätigkeit berühren.[18])
m) Verpflichtungen des Krankenpflegers in bezug auf allgemeines Verhalten, namentlich Benehmen gegenüber den Kranken und deren Angehörigen sowie gegenüber Aerzten, Geistlichen und Mitpflegern. Berücksichtigung des Seelenzustandes des Kranken, Verschwiegenheit.
n) Für weibliche Prüflinge außerdem: Die wichtigsten Grundsätze der Säuglings- und Kleinkinderpflege.

§ 14. In der praktischen Prüfung sollen die Prüflinge sich befähigt erweisen, ihre Kenntnisse in der Krankenpflege praktisch zu betätigen. Zu diesem Zwecke wird in der Regel jedem von ihnen bei der Meldung im Krankenhause (§ 8) die selbständige Pflege eines Kranken (einschließlich einer Nachtwache) bis zum Morgen des dritten Tages übertragen. Die Ausführung dieser Aufgabe erfolgt unter Aufsicht des für den Kranken verantwortlichen Arztes und Pflegepersonals; es ist darauf zu achten, daß den Prüflingen die zur Erholung erforderliche Zeit frei bleibt, insbesondere muß im Anschluß an die Nachtwache eine Erholungszeit von mindestens 8 Stunden gewährt werden.[19])

Die wichtigeren Vorkommnisse während der Pflege hat der Prüfling kurz schriftlich zu vermerken; die Niederschrift ist am dritten Tage vorzulegen. Ausnahmsweise kann mit Genehmigung des Vorsitzenden die Pflege bereits innerhalb der Woche vor der eigentlichen Prüfung erledigt und beim Vorliegen besonderer Gründe die Ableistung einer Nachtwache erlassen werden.

Am zweiten Prüfungstage sollen die Prüflinge ihre Kenntnisse in der ersten Hilfeleistung bei Operationen, bei der Betäubung, bei der Ausführung ärztlicher Vorschriften, in der Badepflege und Desinfektion praktisch dartun.

§ 15. Die Gegenstände und das Ergebnis der Prüfung werden für jeden Geprüften in einer Niederschrift vermerkt, die von dem Vorsitzenden und den übrigen Mitgliedern des Prüfungsausschusses zu unterzeichnen ist.

§ 16. Jeder Prüfende faßt sein Urteil über die Kenntnisse und Fertigkeiten des Geprüften zusammen unter ausschließlicher Verwendung der Worte „sehr gut“ (1), „gut“ (2), „genügend„ (3), „ungenügend“ (4) und „schlecht“ (5).

Hat der Geprüfte von einem Prüfenden die Beurteilung „schlecht“ oder von zwei Prüfenden die Beurteilung „ungenügend“ erhalten, so gilt die Prüfung als nicht bestanden.

Im übrigen hat der Vorsitzende am Schlusse der Prüfung die Beurteilungs-

---

[19]) Zu § 14. Die Pflege eines Kranken, einschließlich einer Nachtwache, soll unter Aufsicht des für den Kranken verantwortlichen Arztes und der betreffenden Pflegeperson (Stationsschwester, Stationspfleger) erfolgen; diese haben die Niederschrift des Prüflings über die Pflege des Kranken mit einem entsprechenden Vermerk zu versehen.

werte zusammenzurechnen und zur Ermittlung des Gesamturteils durch 3 zu teilen; ergeben sich Drittel, so werden ein Drittel nicht, zwei Drittel als voll gerechnet.

§ 17. Tritt ein Prüfling ohne eine nach dem Urteil des Prüfungsausschusses genügende Entschuldigung im Laufe der Prüfung zurück, so hat er sie vollständig zu wiederholen.

Die Wiederholung der nicht bestandenen oder ohne Entschuldigung nicht vollendeten Prüfung ist nicht öfter als zweimal und frühestens nach sechs Monaten, spätestens nach drei Jahren zulässig; sie muß vor demjenigen Prüfungsausschuß stattfinden, vor dem die frühere Prüfung begonnen ist.

Ueber die Zulassung von Ausnahmen behalte ich mir die Entscheidung bis auf weiteres selbst vor.[20])

§ 18. Der Prüfling wird, falls er die Prüfung nicht bestanden hat, vom Vorsitzenden entsprechend verständigt und erhält auf seinen Antrag die eingereichten Zeugnisse zurück, nachdem auf dem Zeugnisse über die Teilnahme an einem Krankenpflegelehrgange (§ 5 Nr. 6) ein Vermerk über den Ausfall der Prüfung gemacht worden ist.

Wenn die Prüfung bestanden ist, reicht der Vorsitzende die Prüfungsverhandlungen unter Beifügung des Gesamturteils an den Regierungspräsidenten, im Ortspolizeibezirk Berlin an den Polizeipräsidenten in Berlin, behufs staatlicher Anerkennung der Krankenpflegeperson ein.

Im Falle der Anerkennung wird ein Ausweis nach umstehendem Muster A erteilt.

§ 19. Personen, die schon vor dem Erlaß dieser Vorschriften in der Ausbildung begriffen waren und bis spätestens 1. Oktober 1921 einen Antrag auf Zulassung zur staatlichen Prüfung als Krankenpflegeperson gestellt haben, können zur Prüfung noch auf Grund der bisherigen Vorschriften vom 10. Mai 1907 zugelassen werden,

Dasselbe gilt für diejenigen Pflegepersonen, die bereits seit dem 1. Oktober 1920 im Dienste einer öffentlichen Krankenanstalt tätig sind, sofern sie ein dahingehendes Gesuch bis spätestens zum 1. Oktober 1922 dem zuständigen Regierungspräsidenten, im Ortspolizeibezirk Berlin dem Polizeipräsidenten in Berlin, vorlegen.

Noch weiter gehende Begünstigungen im Sinne dieser Vorschrift können nur in besonders dringenden Einzelfällen und nur mit meiner Genehmigung gewährt werden.

§ 20. Sanitätsunteroffizieren, die eine mehr als fünfjährige aktive Dienstzeit im Sanitätskorps des Heeres oder der Marine zurückgelegt haben und ein Zeugnis ihrer vorgesetzten Behörde über eine einwandfreie dienstliche und sittliche Führung sowie über genügende theoretische und praktische Kenntnisse in der Krankenpflege beibringen, kann auf ihren Antrag von dem für ihren Wohnsitz zuständigen Regierungspräsidenten, im Ortspolizeibezirk Berlin von dem Polizeipräsidenten in Berlin, auch ohne Prüfung die staatliche Anerkennung als Krankenpfleger erteilt werden. Voraussetzung ist aber, daß die Bewerber noch nicht länger als zwei Jahre aus dem aktiven Militär- und Marinedienst ausgeschieden sind und den genauen Nachweis erbringen, daß sie mindestens während der Hälfte dieser Zeit nach dem Ausscheiden aus dem Heeres- bezw. Marinedienste die Krankenpflege in einwandfreier Weise ausgeübt haben.

§ 21. Personen, die schon vor dem Erlaß dieser Prüfungsvorschriften an einem Krankenpflegelehrgang von ausreichender Dauer teilgenommen haben und durch das Zeugnis des zuständigen beamteten Arztes oder Krankenhausarztes oder des Leiters einer vom Staate anerkannten geistlichen oder weltlichen Krankenpflegegenossenschaft nachweisen, daß sie mindestens fünf Jahre lang in Privatpflege oder im Anstalts- oder Gemeindedienste Krankenpflege in befriedigender Weise ausgeübt und sich während dieser Zeit gründlich fortgebildet haben, kann die staatliche Anerkennung als Krankenpflegeperson ohne vorherige Prüfung erteilt werden, sofern spätestens bis zum 1. Juli 1922 ein

---

[20]) Zu § 17. Anträge auf Zulassung von Ausnahmen gemäß Absatz 3 sind von dem Vorsitzenden des Prüfungsausschusses an den zuständigen Regierungspräsidenten, im Ortspolizeibezirk Berlin an den Polizeipräsidenten in Berlin, zu richten und von diesem mit gutachtlicher Aeußerung mir vorzulegen. Der Vorsitzende des Prüfungsausschusses an dem Charitékrankenhause hat die Anträge an die Charitédirektion abzugeben, von der sie mir vorzulegen sind.

entsprechender Antrag bei dem für den Wohnsitz zuständigen Regierungspräsidenten, im Ortspolizeibezirk Berlin bei dem Polizeipräsidenten in Berlin, gestellt worden ist und der gutachtlich gehörte Prüfungsausschuß sich dafür ausspricht; sind mehrere Prüfungsausschüsse im Bezirk, so wählt der Regierungspräsident, im Ortspolizeibezirk Berlin der Polizeipräsident in Berlin, den zu hörenden Prüfungsausschuß. Auf Befürwortung des Prüfungsausschusses kann, wenn besonders dringende Gründe vorliegen, ausnahmsweise auch der Nachweis des Besuchs eines Ausbildungslehrgangs erlassen werden.[21])

Ueber die Erteilung der staatlichen Anerkennung in den vorstehend bezeichneten Fällen behalte ich mir die Entscheidung bis auf weiteres selbst vor.

§ 22. In den Fällen der §§ 20, 21 ist ein Ausweis nach nebenstehendem Muster B zu erteilen.

§ 23. Die in einem anderen deutschen Staate auf Grund gleicher Vorschriften erfolgte Anerkennung als Krankenpflegeperson gilt auch für das preußische Staatsgebiet.[22])

§ 24. Die staatliche Anerkennung als Krankenpflegeperson kann von dem für den Wohnsitz zuständigen Regierungspräsidenten, im Ortspolizeibezirk Berlin von dem Polizeipräsidenten in Berlin, zurückgenommen werden, wenn Tatsachen vorliegen, die den Mangel derjenigen Eigenschaften erkennen lassen, die für die Ausübung des Krankenpflegeberufes erforderlich sind, oder wenn die Krankenpflegeperson den in Ausübung der staatlichen Aufsicht erlassenen Vorschriften beharrlich zuwiderhandelt.[23])

Einer in einem anderen deutschen Staate erfolgten Anerkennung kann unter denselben Voraussetzungen von dem für den Wohn- oder Aufenthaltsort zuständigen Regierungspräsidenten, im Ortspolizeibezirk Berlin von dem Polizeipräsidenten in Berlin, die Wirksamkeit für das preußische Staatsgebiet entzogen werden.

Diese Vorschriften treten am 1. Oktober 1921 in Kraft.

Ausweis A.

Ausweis für staatlich anerkannte Krankenpflegepersonen.

. . . . aus . . . ., der — die — vor dem staatlichen Prüfungsausschuß in . . . . die Prüfung für Krankenpflegepersonen mit der Gesamtzensur . . . . bestanden hat und die zur Ausübung des Krankenpflegeberufes erforderlichen Eigenschaften besitzt, erhält hiermit die Bescheinigung, daß er — sie — staatlich als Krankenpfleger — Krankenpflegerin — anerkannt ist.

Für den Fall, dass Tatsachen bekannt werden, die den Mangel derjenigen Eigenschaften dartun, die zur Ausübung des Krankenpflegeberufes erforderlich sind, oder dass die Krankenpflegeperson den in Ausübung der staatlichen Aufsicht erlassenen Vorschriften beharrlich zuwiderhandelt, bleibt die Zurücknahme der Anerkennung vorbehalten.

. . . ., den . . . . 19 . .

(Dienststempel.) (Unterschrift.) . . . .

---

[21]) Zu § 21. Die Anträge auf staatliche Anerkennung als Krankenpflegeperson ohne vorherige Prüfung im Sinne des § 21 sind an den für den Wohnort oder Aufenthaltsort der Bewerberin (des Bewerbers) zuständigen Regierungspräsidenten, im Ortspolizeibezirk Berlin an den Polizeipräsidenten in Berlin, zu richten, der die Anhörung eines Prüfungsausschusses veranlaßt und die Verhandlungen mit dessen Aeußerung dann mir vorlegt.

[22]) Zu § 23. Ob und inwieweit die Voraussetzungen des § 23, wonach die in einem anderen deutschen Staate erfolgte Anerkennung als Krankenpflegeperson auch für das preußische Staatsgebiet gilt, als erfüllt anzusehen sind, unterliegt in jedem Einzelfall meiner Entscheidung.

[23]) Zu § 24. Als in Ausübung der staatlichen Aufsicht erlassene Vorschriften kommen bis auf weiteres die zurzeit bestehenden Bezirksvorschriften in Betracht. Gegen den die Anerkennung zurücknehmenden Bescheid findet die Beschwerde an den Minister für Volkswohlfahrt statt. Derjenigen Behörde, welche die Anerkennung seinerzeit ausgesprochen hat, sei es in Preußen, sei es in einem anderen deutschen Staate, ist von der Zurücknahme der Anerkennung für das preußische Staatsgebiet Kenntnis zu geben.

Zugleich ist mir über jeden Fall der Entziehung der Anerkennung als Krankenpflegeperson unter Angabe der für die Entscheidung maßgebend gewesenen Gründe zu berichten.

Ausweis B.

Ausweis für staatlich anerkannte Krankenpflegepersonen.

. . . . aus . . . ., der — die — den Nachweis der Ausbildung in der Krankenpflege erbracht hat und die zur Ausübung des Krankenpflegeberufes erforderlichen Eigenschaften besitzt, erhält hiermit die Bescheinigung, dass er — sie — staatlich als Krankendfleger — Krankenpflegerin — anerkannt ist.

Abs. 2: wie bei Muster A.

Plan für die Ausbildung in der Krankenpflege.

Die Ausbildung in der Krankenpflege soll vorwiegend praktisch sein und nach folgendem Plane erfolgen:

1. Der Schüler soll über Bau und Verrichtungen des menschlichen Körpers so weit unterrichtet werden, daß er ein für die Krankenpflege ausreichendes Verständnis für die im gesunden und kranken Körper stattfindenden Vorgänge sowie für die allgemeine Krankheitslehre gewinnt. Es ist Wert darauf zu legen, daß der Schüler in der äußeren Beschreibung die nötige Gewandtheit erlangt, um den Sitz einer Wunde, eines Schmerzes usw. schnell und genau angeben zu können.

2. Die weitere Unterweisung erstreckt sich auf die Grundsätze der allgemeinen Gesundheitslehre (Lüftung, Heizung usw.), auf die Einrichtung und Ausstattung der Krankenzimmer, die täglichen Dienstleistungen des Krankenpflegers, die spezielle Krankenpflege bei einigen besonders wichtigen Krankheitszuständen und die Ausführung ärztlicher Verordnungen. Es sollen eingehende Vorführungen und praktische Uebungen stattfinden; dabei ist regelmäßig von der Uebung der notwendigen Handgriffe und von der Beschreibung der einfachsten Formen der Geräte und Apparate auszugehen.

3. Der Schüler soll zu möglichst scharfer Krankenbeobachtung angeleitet und darüber belehrt werden, durch welche Handreichungen er nötigenfalls die von ihm beobachteten Leiden und Beschwerden vorläufig lindern kann. Er soll über die ihm bei solchen Hilfeleistungen gezogenen Grenzen sowie darüber eingehend unterrichtet werden, wann er die (unter Umständen sogleich erforderliche) Hilfe des Arztes herbeizuführen hat.

4. Ueber die Verhütung von Krankheiten, insbesondere über die Verhinderung der Verschleppung und Uebertragung der ansteckenden Krankheiten, soll eine eingehende Belehrung stattfinden. Der Tuberkulose und den Geschlechtskrankheiten ist besondere Aufmerksamkeit zu schenken. Der Schüler soll lernen, daß neben der peinlichsten Reinlichkeit nur die sofortige sorgfältige Unschädlichmachung der Krankheitskeime die Verbreitung der ansteckenden Krankheiten verhindern und ihn selbst vor Ansteckung schützen kann. Auf die verschiedenen Arten der Verbreitung der ansteckenden Krankheiten ist einzugehen. Die Desinfektion ist gründlich zu behandeln und praktisch zu üben; dabei ist der Schüler insbesondere über das Wesen und die Bedeutung der Desinfektion am Krankenbett und der Schlußdesinfektion ausreichend zu unterrichten.

5. Die Hilfeleistungen bei der Wundbehandlung sind eingehend zu lehren. Soweit dies nicht schon gemäß Nr. 4 geschieht, soll die Lehre von den Wundkrankheiten sowie die Asepsis und Antiseptis berücksichtigt werden. Außerdem sind die Notverbände einschließlich der Blutstillung und der Ruhigstellung verletzter Teile zum Gegenstande der Unterweisung und praktischen Uebung zu machen. Auch die manuelle Krankengymnastik und Massage soll praktisch geübt werden.

6. In den Hilfeleistungen bei plötzlich auftretenden Leiden und Beschwerden, bei gefahrdrohenden Krankheitserscheinungen, bei Unglücksfällen und bei Vergiftungen sowie in der Krankenbeförderung ist Unterricht zu erteilen. Dabei sind den Schülern und Schülerinnen auch allgemeine Richtlinien über das Verhalten gegenüber Geisteskranken sowie über die Pflege bei plötzlich auftretenden Geistesstörungen zu geben.

7. Im übrigen sind die Schülerinnen noch über die wichtigsten Grundsätze der Säuglings- und Kleinkinderpflege, und zwar insbesondere über die Bedeutung der Reinlichkeit für das Gedeihen der Kinder und der natürlichen Ernährung (Brustnahrung), zu unterrichten.

Schließlich ist den Schülerinnen noch Gelegenheit zu geben, sich ein genügendes Maß hauswirtschaftlicher Kenntnisse anzueignen.

Verantwortlich für die Schriftleitung: Prof. Dr. Rapmund, Geh. Med.-Rat in Lippspringe.
Druck von J. C. C. Bruns, Minden i. W.

Rechtsprechung u. Medizinal-Gesetzgebung

Beilage zur Zeitschrift für Medizinal-Beamte

Nr. 24. 20. Dezember. 1921.

Medizinal-Gesetzgebung.

A. Preußen.

Festsetzung des Besoldungsdienstalters für die Medizinalbeamten. Rund-Erlaß des Ministers für Volkswohlfahrt vom 25. November 1921 — I. M. I. Nr. 2992/A. 1. Nr. 1117. II — an sämtliche Herren Regierungspräsidenten.

Im Einvernehmen mit dem Herrn Finanzminister bestimme ich auf Grund von Ziffer 159 Abs. 2 der Preußischen Ausführungsbestimmungen vom 8. Juli 1921 zum Beamtendiensteinkommensgesetz vom 17. Dezember 1920, daß den aus der Gruppe der Kreisassistenzärzte hervorgegangenen Kreisärzten (Gerichtsärzten) bei der Berechnung des Anwärterdienstalters als notwendige Prüfungszeit (ärztliche Prüfung und Kreisarztprüfung) in der Regel ein Jahr, angerechnet wird.

Hiernach kommen für die Anrechnung insgesamt in Frage:

1. das ärztliche Hochschulstudium nach der Prüfungsordnung vom 28. Mai 1901 . . . . 5 Jahre
2. die nachfolgende Vorbereitungszeit [1 Jahr vor der Erlangung der Approbation als Arzt sogenanntes Praktisches Jahr (§ 59 der Prüfungsordnung für Aerzte vom 28. Mai 1901) und 3 Jahre nach Erlangung der Approbation als Arzt (§ 3 der Prüfungsordnung für Kreisärzte vom 4. März 1914 und 9. Februar 1921)] . . . . 4 „
3. die regelmäßige Prüfungszeit
   a) ärztliche Prüfung . . . . ½ Jahr
   b) kreisärztliche Prüfung . . . . ½ „
   zusammen . . . 1 „

insgesamt 10 Jahre

hiervon ist anrechnungsfähig die einen Zeitraum von 4 Jahren übersteigende Zeit, mithin 6 Jahre.

Ich ersuche ergebenst, für die Kreis-(Gerichts-)ärzte, soweit sie sich nicht am 1. April 1920 bereits in der höchsten Stufe ihrer gegenwärtigen Besoldungsgruppe befunden haben, das Anwärterdienstalter und das Besoldungsdienstalter nach Maßgabe der obengenannten „Ausführungsbestimmungen" und der vorstehenden Bestimmung alsbald neu festzusetzen und über die erfolgte Festsetzung unter Angabe der Berechnung bis zum 10. Januar 1922 zu berichten. Auszugehen ist bei der Anrechnung von Ausbildungszeit gemäß Ziffer 159 der „Ausführungsbestimmungen" von dem bisher geltenden Dienstalter als Kreisassistenzarzt.

Soweit der Beamte infolge der auf Grund des Krieges erlassenen Vorschriften (Anrechnung von Zwischensemestern, Zulassung zu Notprüfungen, Erlaß des Praktischen Jahres, Anrechnung der Kriegsdienstzeit pp.) oder aus anderen Gründen (kürzeres Hochschulstudium nach der früheren Prüfungsordnung für Aerzte pp.) eine kürzere Ausbildungszeit hat, ist nur diese bei der Berechnung des Anwärterdienstalters zu Grunde zu legen.

Bei der Ermittlung des Besoldungsdienstalters ist von der Zeit, die zwischen dem Beginn des neuen Anwärterdienstalters und der ersten planmäßigen Anstellung als Kreis- (Gerichts-)arzt liegt, der fünf Jahre übersteigende Teil anzurechnen (Ziffern 20, 49 Pr. Bes. V.).

Die Festsetzung des Anwärter- und Besoldungsdienstalters derjenigen Kreis- pp. Aerzte, die nicht aus der Laufbahn der Kreisassistenzärzte hervor-

gegangen sind und bei denen die Ziffer 160 Pr. Bes. V. in Betracht kommt, behalte ich mir vor. Ich ersuche mir die hierzu erforderlichen Unterlagen bald einzureichen.

Abdrucke dieses Erlasses für die Kreis-(Gerichts-)Medizinalräte sind beigefügt.

Ausdehnung der Bestimmungen der Bundesratsbekanntmachung vom 2. August 1917 auf das Unterrichtsfach der Heilkunde. Erlaß (a) und Verordnung (b) des Ministers für Wissenschaft, Kunst und Volksbildung vom 27. September 1921 an sämtliche Herren Regierungspräsidenten.

a) Euer Hochwohlgeboren lassen wir in der Anlage einen Abdruck einer demnächst in der Gesetzsammlung zu veröffentlichenden, auf Grund der Bundesratsbekanntmachung vom 2. August 1917 erlassenen Verordnung vom heutigen Tage zur Nachachtung zugehen.

Nach dieser Verordnung ist nunmehr auch die Erteilung von Unterricht in der Heilkunde unter die Bestimmungen der Bundesratsbekanntmachung vom 2. August 1917, insbesondere deren Strafbestimmungen (§ 8), gestellt.

Die Erteilung der Erlaubnis sowie die Beaufsichtigung des Unterrichts gehört zu den Aufgaben des Regierungspräsidenten (in Berlin des Polizeipräsidenten). Gegen die Verfügungen des Regierungs- bezw. Polizeipräsidenten findet nur die Beschwerde an den Minister für Volkswohlfahrt statt. Bei der Durchführung der Aufgaben, namentlich bei der Entscheidung über Erteilung von Unterrichtserlaubnis sowie der Beaufsichtigung des Unterrichts, sind in geeigneten Fällen nach Möglichkeit Fachleute gutachtlich zu hören.

b) Auf Grund des § 1 Absatz 3 der Bundesratsbekanntmachung über den privaten gewerblichen und kaufmännischen Fachunterricht vom 2. August 1917 (Reichs-Gesetzbl. S. 683) wird folgendes bestimmt:

Art. 1. Die Vorschriften der Bundesratsbekanntmachung über den privaten gewerblichen und kaufmännischen Fachunterricht vom 2. August 1917 (Reichs-Gesetzbl. S. 683) finden auch auf das Unterrichtsfach der Heilkunde entsprechende Anwendung.

Art. 2. Die Erlaubnis ist von dem Regierungspräsidenten, in Berlin von dem Polizeipräsidenten, zu erteilen. Der Bescheid, durch den die Erlaubnis versagt oder unter Bedingungen erteilt oder zurückgenommen wird, ist nur im Aufsichtswege anfechtbar.

Art. 3 interessiert hier nicht.

Art. 4. Die Vorschriften dieser Verordnung treten am 1. Oktober 1921 in Kraft.

B. Sachsen.

Besserung der wirtschaftlichen Verhältnisse der Hebammen. Gesetz vom 6. Oktober 1921.

I. Sicherung eines Mindesteinkommens.

§ 1. Die Bezirkshebammen haben einen Anspruch auf ein Mindesteinkommen aus ihrem Berufe.

Erreicht ihr gesamtes berufliches Einkommen nicht dieses Mindesteinkommen, so ist ihnen der Unterschiedsbetrag von dem Hebammenbezirke zu gewähren.

Das Mindesteinkommen wird jährlich auf 9000 M. festgesetzt.

§ 2. Hebammen, deren gesamtes Berufseinkommen im Kalenderjahre hinter der Höhe des ihnen sichergestellten Mindesteinkommens zurückbleibt und die den Hebammenbezirk für diesen Unterschiedsbetrag in Anspruch nehmen, haben dem Hebammenbezirk eine schriftliche Zusammenstellung ihres gesamten beruflichen Einkommens im verflossenen Kalenderjahre vorzulegen mit der Versicherung, daß diese Zusammenstellung das gesamte Berufseinkommen des Kalenderjahres enthält.

Falls Hebammen hierbei zum Zwecke der Täuschung unrichtige oder unvollständige Angaben machen, kann der Hebammenbezirk die Hebamme ihres Anspruches auf Sicherstellung des Mindesteinkommens ganz oder teilweise für das betreffende Jahr für verlustig erklären.

Das Gleiche gilt, falls die Hebamme durch eigenes Verschulden, insbesondere Nachlässigkeit im Beruf, nicht ein Berufseinkommen bis zur Höhe des ihr zustehenden Mindesteinkommens erzielt.

§ 3. Den Hebammenbezirken wird der Betrag, den sie den Hebammen zur Erreichung des ihnen zustehenden Mindesteinkommens zu erstatten haben, aus der Staatskasse zur Hälfte vergütet.

II. Desinfektionsmittel.

§ 4. Die Hebammenbezirke sind verpflichtet, ihren Bezirkshebammen die Kosten für sämtliche vorgeschriebene im Beruf verbrauchte Desinfektionsmittel zu erstatten.

III. Entschädigung für unverschuldete Berufsunterbrechung.

§ 5. Wird einer Hebamme infolge von ansteckender Krankheit im eigenen Hause oder im Hause einer Entbundenen vom Bezirksarzt wegen Ansteckungsgefahr die Ausübung des Berufs untersagt oder wird eine Hebamme zu einem Wiederholungs- und Fortbildungslehrgange einberufen, so ist ihr für diese Zeit vom Hebammenbezirk eine angemessene Entschädigung zu gewähren.

Die Mindesthöhe der täglich zu gewährenden Entschädigung wird durch Verordnung vom Ministerium des Innern festgesetzt.

IV. Ruhestandsunterstützung.

§ 6. § 4 Abs. 2 und § 5 des Gesetzes, die Unterstützung der in den Ruhestand versetzten Bezirkshebammen betreffend, vom 20. März 1894 in der Fassung des Abänderungsgesetzes vom 28. März 1914 erhalten folgende Fassung:

a) § 4 Abs. 2.

In ausreichender Weise ist ein Statut jedenfalls dann aufgestellt, wenn es für die einer Bezirkshebamme zu gewährenden Unterstützung nach zehnjähriger Dienstzeit, oder vor zehnjähriger Dienstzeit bei unverschuldeten Berufsunfällen, einen Mindestbetrag von 1000 M. und als Höchstsatz, der nach dreißigjähriger Dienstzeit erreicht sein muß, von 3000 M. festsetzt.

b) § 5.

Die nach vorstehenden Bestimmungen den Bezirkshebammen zu gewährenden Unterstützungen sind den Hebammenbezirken zur Hälfte, jedoch in keinem Falle mit einem höheren Betrag als von 1500 M. aus der Staatskasse zu erstatten.

§ 7. Bei Feststellung der Ruhestandsunterstützung ist der Hebamme auch die in einem anderen Hebammenbezirke verbrachte Dienstzeit anzurechnen, außer, wenn der Hebamme dort gekündigt oder sie entlassen worden ist.

§ 8. Ruhestandsunterstützungen in Höhe von § 6 sind auch allen Hebammen im Ruhestand zu gewähren, die vor Inkrafttreten dieses Gesetzes in den Ruhestand versetzt worden sind.

V. Uebergangs- und Schlußbestimmungen.

§ 9. Aenderungen der durch dieses Gesetz getroffenen Bestimmungen über Mindesteinkommen und Ruhestandsunterstützung können durch Gesetz oder Verordnung des Ministeriums des Innern erfolgen. Eine solche Verordnung ist vor Erlaß dem Landtage zur Kenntnisnahme vorzulegen.

§ 10. Das Ministerium des Innern wird beauftragt, die zur Ausführung dieses Gesetzes nötigen Verordnungen zu erlassen, insbesondere besondere Bestimmungen für die Uebergangszeit zu treffen.

§ 11. Dieses Gesetz tritt ein Vierteljahr nach seiner Verkündung in Kraft. Die Bestimmungen unter IV sind mit rückwirkender Kraft vom 1. April 1921 ab einzuführen.

C. Thüringen.

Verkehr mit Arzneimitteln außerhalb der Apotheken. a) Verordnung des Wirtschaftsministeriums vom 4. November 1921 und b) Erlaß vom 5. November 1921.

a) Auf Grund der §§ 6, 8 und 10 der Bekanntmachung des Reichskanzlers über den Handel mit Arzneimitteln vom 22. März / 15. Juli 1917 wird für das Land Thüringen bestimmt:

I.

1. Für die Erteilung, Versagung und Zurücknahme der Erlaubnis zum Handel mit Arzneimitteln sowie für die Untersagung des Handels ist der Thüringische Landrat (Bezirksdirektor) zuständig.

2. Der Antrag auf Erteilung der Erlaubnis ist schriftlich bei dem Landrat (Bezirksdirektor) einzureichen; der Antrag muß Angaben enthalten, für welche Zeit, für welche örtlichen Gebiete und für welche Arzneimittel die Erlaubnis nachgesucht wird.

3. Der Landrat (Bezirksdirektor) kann zwecks Vorbereitung der Entscheidung nötigenfalls mit Hilfe von Sachverständigen Erhebungen anstellen, die Vorlegung der Handelsbücher des Antragstellers verlangen und Auskünfte über seine Persönlichkeit sowie über die seiner Angestellten einholen.

Ueber die Erteilung der Erlaubnis ist ein Erlaubnisschein auszustellen.

4. Der Antrag kann abgelehnt, die Erlaubnis zurückgenommen oder der Handel untersagt werden, wenn Bedenken wirtschaftlicher Art oder persönliche oder sonstige Gründe vorliegen. Vor der Zurücknahme der Erlaubnis oder vor der Untersagung des Handels ist den Beteiligten Gelegenheit zur Geltendmachung von Einwendungen zu geben.

Bei Zurücknahme der Erlaubnis ist der Erlaubnisschein dem Landrat (Bezirksdirektor) zurückzugeben.

5. Alle Entscheidungen sind schriftlich zu erteilen.

Entscheidungen, durch die ein Antrag abgelehnt, eine Erlaubnis zurückgenommen oder der Handel untersagt wird, sind mit Gründen zu versehen und den Beteiligten zuzustellen.

6. Die Beschwerde gegen die Entscheidung das Landrats (Bezirksdirektors) ist binnen einer Ausschlußfrist von 2 Wochen nach Zustellung beim Thüringischen Wirtschaftsministerium einzureichen. Das Wirtschaftsministerium entscheidet endgültig. Ihm steht auch die endgültige Entscheidung über Streitigkeiten zu, die sich aus der Uebernahme und Verwertung von Arzneimittelvorräten ergeben.

II.

Wer in periodischen Druckschriften oder in sonstigen Mitteilungen, die für einen größeren Kreis von Personen bestimmt sind, sich zum Erwerb von Arzneimitteln erbietet oder zur Abgabe von Preisangeboten auf Arzneimittel auffordert, bedarf dazu der vorherigen Zustimmung des Landrats (Bezirksdirektors).

III.

Diese Verordnung tritt mit ihrer Veröffentlichung in Kraft; die entgegenstehenden Bestimmungen in Thüringen werden aufgehoben.

Durch diese Verordnung wird die Verordnung des Thüringischen Staatsministeriums vom 26. April 1921 zum Reichsopiumgesetz nicht berührt.

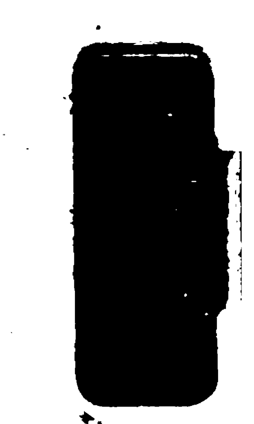
b) Bei der amtlichen Kontrolle des Arzneimittelverkehrs außerhalb der Apotheken ist in wiederholten Fällen beobachtet worden, daß Arzneimittel an das Publikum abgegeben wurden, die den Anforderungen einer guten Handelsware in keiner Weise entsprechen. So wurden vorgefunden: Hoffmannstropfen mit geringem Gehalt an Aether oder mit Wasser verfälscht, Kampferspiritus ohne oder nur mit Spuren von Kampfer, Baldriantropfen ohne Alkohol usw.

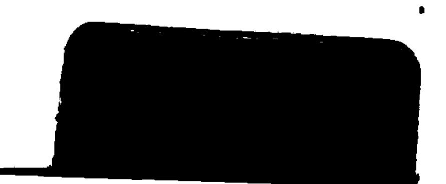
Gegen Arzneimittelhändler, die unbrauchbare, verdorbene oder verfälschte Arzneimittel feilhalten oder Arzneimittel nicht ordnungsmäßig aufbewahren oder sonst unzuverlässig sind, kann auf Grund des § 4 Abs. 2 der Bekanntmachung des Herrn Reichskanzlers vom 22. März 1917, betr. den Handel mit Arzneimitteln, in der Weise eingeschritten werden, daß ihnen der Handel mit Arzneimitteln entweder sofort oder nach wiederholten Unregelmäßigkeiten durch die Landräte (Bezirksdirektoren) untersagt wird. Auch § 35 IV der Gewerbeordnung bietet Handhaben, gegen solche Vorkommnisse mit Erfolg einzuschreiten.

Die Apothekenrevisoren bezw. die Bezirksärzte, denen die amtliche Kontrolle des Arzneimittelhandels außerhalb der Apotheken obliegt, werden hiermit angewiesen, bei Feststellung derartiger Fälle entsprechende Anträge bei den Landräten zu stellen.

Verantwortlich für die Schriftleitung: Prof. Dr. Rapmund, Geh. Med.-Rat in Lippspringe.
Druck von J. C. C. Bruns, Minden i. W.









PAGE NOT AVAILABLE

